Bibliothèque numérique
medic@

Annales médico-psychologiques

n° 06. - Paris: Masson, 1887.
Cote : 90152, 1887, n° 06

BIUM

(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?90152x1887x06

©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 SIXIÈME

QUARANTE-CINQUIÈME ANNÉE

9015 2



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

De l'intervention de la magistrature dans l'appréciation du mode de traitement appliqué aux aliénés et de l'emploi des moyens de contrainte. Remarques critiques à propos d'un procès récent.

Un procès récent me paraît devoir appeler l'attention sur un sujet dont personne, que je sache, ne s'est encore préoccupé. Les chefs d'un asile ont été poursuivis et condamnés, pour avoir employé à l'égard d'un aliéné *des traitements contraires à l'humanité*. Quels sont donc les traitements qui, cessant d'être humains, sont *contraires à l'humanité*? Où est la limite?

La loi de 1838, par ses articles 30 et 41, ne rend passibles de peines, les chefs, directeurs et médecins des asiles, que pour contraventions aux dispositions d'une série d'articles, qui ne sont relatifs qu'à des actes administratifs. Le même article 41 de la loi ajoute, il est

©BIUM

vrai, que les contraventions aux règlements d'administration publique, rendus en vertu de l'article 6, seront passibles des mêmes peines. Mais cet article 6 ne vise que la création et l'existence des asiles privés.

En fait de règlements, il n'existe que l'ordonnance du 18 décembre 1839 et le règlement du service intérieur, du 20 mars 1857. L'ordonnance du 18 décembre 1839, seule, au paragraphe 7 de son article 31, parle de *traitements contraires à l'humanité*, mais seulement, comme l'un des motifs qui peuvent faire retirer administrativement, à un asile privé, l'autorisation sans laquelle il ne peut exister, d'après l'article 5 de la loi. Le règlement du 20 mars 1857, dans son article 107, dit que des poursuites pourront être exercées contre un infirmier convaincu d'avoir maltraité un aliéné.

Mais ni la loi, ni l'ordonnance, ni le règlement, ne disent rien qui puisse indiquer quel traitement sera considéré comme *contraire à l'humanité* et engagera la responsabilité *personnelle* des directeurs et médecins.

Si les loi et règlements ne définissent rien, ne spécifient rien à ce sujet, à l'égard des chefs des asiles d'aliénés, les législateurs ont donc entendu les laisser, le cas échéant, dans le droit commun. Ce sont donc alors les magistrats de l'ordre judiciaire qui, *proprio motu*, ou sur des dénonciations, sont appelés à dire : où s'arrête le traitement humain et où commence le *traitement contraire à l'humanité*.

C'est, on ne peut le méconnaître, une appréciation bien élastique pour être confiée à des personnes qui ne connaissent pas, ou ne connaissent pas assez, les exigences qui existent ou peuvent surgir dans un asile. Car, tel moyen, telle mesure, qui pourraient paraître inhumains et répréhensibles, dans la vie privée, peuvent être une nécessité dans un asile.

La question d'humanité des moyens, se présente

©BIUM

d'ailleurs, sous plusieurs faces dans un asile ; s'il ne faut pas l'oublier pour l'aliéné, il ne faut pas non plus perdre de vue ce qu'elle exige, pour la sécurité de ceux que leurs fonctions et leur devoir exposent à tout instant à devenir victimes des fureurs ou des instincts pervertis de cet aliéné.

Les moyens employés, s'ils sont appréciés par le public, même par un public éclairé, dont font nécessairement partie les magistrats, ne peuvent-ils pas quelquefois paraître rigoureux, même inhumains, quand ils ne sont que nécessaires et indispensables ? L'un peut trouver qu'un séjour quelque peu prolongé en cellule est chose inhumaine ; un autre, que c'est l'emploi de la camisole, ou bien les entraves, les manchons ; ou encore, que ces derniers moyens de contention sont d'autant plus inhumains, qu'ils sont faits avec telle matière plutôt qu'avec telle autre ? Tout cela est possible ; car des appréciations de cette nature sont toutes d'impressions, le plus souvent, et varient suivant les caractères et les idées de ceux qui les manifestent, bien plus qu'elles ne sont raisonnées ; la limite entre ce qui est humain et ne l'est pas, ne saurait donc être la même pour tous.

Les Anglais trouvent nos moyens de coercition excessifs et si nous examinons de près leur *no-restraint*, on peut se laisser tenter de retourner la proposition ; car, faire contenir un agité furieux par trois ou quatre gardiens robustes, ou lui administrer un narcotique énergique, pourrait bien être moins inoffensif qu'une camisole ; et encore, cette règle ou cette *étiquette* de no-restraint n'empêche-t-elle point, tant la nécessité est parfois impérieuse, les longs séjours en une cellule étroite et obscure, dans laquelle le malade a toute liberté de lacérer ses vêtements, de rester absolument nu et de se rouler dans ses excréments.

©BIUM

Les Ecossais qui viennent d'imaginer l'asile aux *portes ouvertes,* trouvent à leur tour que leur système vaut mieux que le no-restraint et ils le penseront sans doute, jusqu'à ce que quelque catastrophe, trop probable, vienne les faire changer d'avis. Mais, eux aussi, ont en réserve quelques moyens exceptionnels, dont on ne parle guère, mais dont on use dans les cas exceptionnellement difficiles : notamment ce qu'ils appellent un *crib-bet* (mot à mot, si je ne me trompe : lit-berceau), sorte de lit, à auge profonde, fermé par le haut avec des barreaux de bois ; une cage plutôt qu'un lit, dans lequel, patiemment, on fait attendre au malade le retour du calme.

Si les appréciations des moyens peuvent varier ainsi chez les personnes compétentes, combien plus variables ne seront-elles pas chez les gens du monde?

Le jugement que j'ai pris pour sujet de cet article en est, ainsi qu'on va le voir, une preuve que je crois assez évidente; voici le motif des poursuites :

Le nommé X..., en sortant à vingt ans d'une maison d'éducation correctionnelle, où, en vertu de l'article 66 du Code pénal, il avait été conduit après un vol, s'engagea, déserta, vola de nouveau, fut condamné à un an de prison, s'évada, subit une seconde condamnation à six mois pour ce fait. Repris par l'autorité militaire comme déserteur, et condamné à trois ans, il fut envoyé dans un pénitencier militaire. Il y devint aliéné et fut conduit dans un asile.

Là, il casse et brise tout ce qui se trouve à sa portée, frappe les surveillants et veut les tuer. En quelques heures, il met plusieurs camisoles hors de service, se débarrasse tout aussi facilement des entraves et des manchons et est toujours aussi menaçant, aussi agressif. Sa force peu commune le rendait d'autant plus redoutable; si bien que les surveillants de son quartier veu-

©BIUM

lent quitter l'asile, si l'on ne trouve un moyen de le maîtriser.

On le met en cellule avec l'intention de ne pas l'en laisser sortir; dès le lendemain il n'y était plus, il avait percé un mur ; on le trouva dans la cellule voisine et malgré toutes les recherches, on ne découvrit aucun instrument dont il ait pu s'aider.

Bientôt après, il est déclaré *incurable* et réformé; on le transfère alors dans l'asile de son département d'origine, où il recommence les mêmes scènes, les mêmes violences. Comme dans le précédent asile, ni camisole, ni entraves, ni manchons ne peuvent lui résister; il brise, frappe et veut tuer médecin, gardiens, tout ce qui l'approche. On le met en cellule; pire qu'une bête féroce, il se jette sur ceux qui lui apportent à manger, les frappe, veut les tuer et cherche à démolir son lit, pour les assommer avec les débris. Il perce l'un des murs de sa cellule, on bouche le trou, alors il défonce le plafond et défait la couverture; on s'en aperçoit au moment où il allait s'évader.

Tout le personnel le redoute et on a peur que réussissant à sortir de sa cellule, il commette quelque meurtre. On ne sait plus que faire; on établit autour de sa cellule un véritable blindage en fer, mais on craint qu'un séjour permanent ou trop prolongé nuise à sa santé; on voudrait le faire sortir dans le préau, mais on n'ose pas l'y conduire.

On pense alors à employer des entraves et des menottes en fer, mais on n'en possédait point et on fait demander au préfet d'en faire prêter par la prison, ce qu'il se refusa à faire, en disant que l'asile doit avoir à lui, tout ce qui peut lui être nécessaire. On n'a garde de prendre cette réponse pour une défense d'employer des fers et on en fait fabriquer.

On put alors faire prendre l'air au malade, dans le

©BIUM

préau; mais il y trouva un jour un morceau de tôle dont il réussit, preuve que ses menottes ne le gênaient guère, à fabriquer une sorte de clef, avec laquelle il ouvrit ses fers, plusieurs portes et s'évada.

Arrivé dans son pays, après avoir fait à pied une vingtaine de lieues, il fut rencontré et questionné par le commissaire de police auquel il raconta, à sa manière, tout ce qu'il avait souffert; lui montra ses fers, qu'il avait emportés et des plaies à ses jambes.

Il est à noter que c'est le 10 août qu'il a retiré ses fers, qu'il a fait 20 lieues à pied; qu'un médecin commis à cet effet, l'a visité le 17, c'est-à-dire *trois ou quatre jours* après le commissaire de police, et n'a constaté que des traces d'excoriations superficielles, dont il n'a pu déterminer l'origine.

Emu de ce qu'il venait d'entendre et de voir, ce commissaire s'empressa d'informer le procureur de la République, qui, non moins ému, avisa son collègue du lieu où est situé l'asile et lui fit si bien partager son émotion, que des poursuites contre les chefs de l'asile furent aussitôt décidées.

Le résultat fut une condamnation à 200 fr. d'amende pour l'un et 200 fr. également pour l'autre, le médecin; plus, 15 jours de prison pour celui-ci.

Attendu, dit le jugement, qu'il est plus coupable; qu'il ne devait ni prescrire, ni autoriser ces moyens *barbares; qu'en sa qualité de médecin il devait au contraire les empêcher, au cas où il n'aurait été pour rien dans la décision de les employer.*

De l'exposé que je viens de faire de l'état mental du malade, il résulte manifestement que c'était là un cas exceptionnel, tel que, fort heureusement, les asiles n'en reçoivent pas souvent; il était donc tout naturel, après avoir vainement employé tous les moyens ordinaires, de recourir à un moyen exceptionnel.

©BIUM

Si faute de recourir à ce moyen exceptionnel on n'avait pu empêcher un ou plusieurs meurtres, qu'aurait-on dit? on n'eût pas manqué d'accuser encore les chefs de l'établissement, tout au moins de négligence, et d'évoquer contre eux une part de responsabilité.

Ainsi donc, les chefs des asiles sont placés dans cette alternative : d'être poursuivis pour n'avoir pas fait, ou d'être poursuivis pour avoir fait.

Cette fâcheuse situation de se trouver en présence d'un cas exceptionnel, me ramène à un vieux souvenir, qui bien que se rapportant à toute autre chose qu'un cas d'aliénation, pourrait bien trouver ici son application.

Au début de mes études médicales, j'eus l'heureuse chance d'assister aux dernières leçons sur les accouchements, du vieux professeur Antoine Dubois; dans l'une de ces leçons, après avoir démontré les manœuvres à faire dans certain accouchement très difficile, il ajouta, avec le bon air familier et paternel qu'il savait prendre : « Voilà la règle, ne l'oubliez pas; mais, mes enfants, quand vous en serez là... *vous ferez comme vous pourrez.* »

Si, quand il existe des règles fixes et parfaitement définies, on est quelquefois forcé de s'en écarter, *de faire comme on peut*, comment se refuser à ce qu'il en puisse être ainsi dans d'autres circonstances, dans un cas comme celui dont il s'agit ici, par exemple, en admettant même, ce qui n'est pas, l'existence de règles également fixes et définies, de moyens *légaux*, comme le dit le jugement?

Si cette latitude peut, au cas où l'on voudrait la réclamer ici, paraître trop large, on ne peut disconvenir

©BIUM

que celle qui résulte des appréciations du jugement, serait à son tour bien étroite.

Je regrette de ne pouvoir le reproduire *in extènso* ; il est si long, si prolixe ; ses considérants remplissent quatre colonnes, à petit texte, d'un grand journal, que je ne puis abuser à ce point de l'hospitalité des *Annales*.

Une analyse complète serait elle-même bien longue ; je dois donc me borner à relever les principaux griefs articulés, qui sont les suivants :

Attendu que X... a été maintenu dans une cellule pendant plusieurs mois... ;

Qu'on lui a mis et laissé des fers aux pieds et aux mains.... ;

Qu'on lui a retiré son lit, contrairement aux *usages et règlements*.... ;

Que ce lit a été remplacé par de la paille renouvelée tous les six ou huit jours, disent les prévenus, *jamais, dit le malade*.... ;

Que ces faits *sont contraires à tous les principes* admis en matière de traitement des aliénés ;

Qu'il suffit pour s'en convaincre en dehors des termes de l'ordonnance de 1839, de se reporter aux Instructions officielles de *1813 et 1819*,

Et au Rapport général, fait pour 1874, à M. le Ministre de l'Intérieur, par les Inspecteurs généraux du service des aliénés, dans lequel *on proscrit, même d'une manière absolue*, les entraves en cuir dur ;

Attendu que ces seules circonstances suffiraient déjà à motiver, au moins l'application de l'art. 320 du Code pénal ;

Que le Commissaire de police de *** a constaté des blessures produites par les fers ;

Que la déposition du docteur X... ne contredit point celle-ci, car le malade *avait retiré ses fers le 10 août et*

©BIUM

a été vu par le commissaire, quelques jours avant la visite du docteur X..., qui a eu *lieu le 17 ;*

Il y a plus, il est *certain*, en droit comme en fait, qu'il s'agit là de violences et voies de fait volontaires, qui doivent motiver l'application plus rigoureuse de *l'art. 34* du Code pénal.

Qu'il est *impossible* d'admettre qu'il y a eu force majeure se prolongeant plusieurs mois.

Attendu que la réponse verbale du préfet *à la note* qui lui a été adressée, n'a point été une autorisation ; que la *lettre* qui lui aurait été écrite le 25 septembre 1885, au dire des prévenus, si elle l'a été, n'est point parvenue et qu'eût-elle été reçue, l'absence de réponse ne pouvait avoir été prise pour une autorisation tacite.

Qu'il est moins sérieux encore de chercher une autorisation tacite dans ce fait : que les autorités désignées par l'article 4 de la loi de 1838, n'ont fait aucune observation, etc., etc.. ;

Que quand même toutes les visites faites à l'asile par le Parquet ne seraient pas constatées par des visa, il n'en a pas moins été fait un bien plus grand nombre que n'en prescrit la loi (on pense sans doute que : *aller* à l'asile est synonyme de : *visiter* l'asile) ;

Qu'au lieu de s'occuper de la guérison du malade, on n'a eu en vue que sa *correction*, au risque de compromettre sa santé, car on ne lui a jamais prescrit un traitement *thérapeutique*.....

Et il a été constaté qu'on emploie des moyens de correction, puisqu'on a mis en cellule, *à titre de punition*, pour une faute légère, un autre aliéné parfaitement tranquille, *au risque de le rendre furieux*.

Qu'il est donc *certain*, qu'en fait, le défaut d'intention de nuire, tiré de la nécessité et de la force majeure, n'existe pas.

©BIUM

Par ces motifs : faisant application des articles 311, 59 et 60 du Code pénal,

Condamne, etc., etc.

Ce résumé succinct mais exact, peut me dispenser de tout commentaire. Il démontre surabondamment que dans la localité où ce jugement a été prononcé, on est peu familier avec le service d'un asile d'aliénés.

Après cet exposé très abrégé des principaux considérants du jugement, il eût pu être bon de faire connaître les peines possibles, suivant l'esprit de ce jugement, en citant les art. 34, 320, 311, 59 et 60 du Code pénal, qu'il a visés ou appliqués ; mais pour abréger, je renvoie le lecteur au Code lui-même.

Si je m'abstiens de toute réflexion sur les considérants de ce jugement, je ne puis laisser passer une citation inexacte :

Le Rapport présenté à M. le Ministre de l'Intérieur, sur le service des aliénés en 1874, par les Inspecteurs généraux de ce service, ne proscrit point *d'une manière absolue* les entraves en *cuir dur*, et on s'est trompé si l'on a fait ce raisonnement : *le cuir dur* étant proscrit, *à fortiori* le fer doit l'être aussi. Le Rapport dit : « Nous ne pouvons admettre les entraves en *gros* cuir, *telles* qu'on les emploie à Gheel et dans quelques-uns de nos établissements. » Ce n'est donc pas là une proscription absolue et ces entraves peuvent être employées, à la condition de les mieux confectionner. Jamais, d'ailleurs, les Inspecteurs généraux n'ont eu la prétention d'établir des règles sans exception.

Pour mon compte personnel, s'il me fallait choisir entre des entraves en cuir ou en fer, je donnerais la préférence à celles-ci, convaincu que je suis que le cuir *gros*, *dur*, blessera un malade très agité bien plus sûre-

©BIUM

ment qu'un fer bien préparé et enveloppé de linges. Et, en le faisant, je ne croirais pas du tout revenir au temps auquel Pinel a mis fin.

La colonie de Gheel, autour de laquelle il a été fait tant de bruit, que des enthousiastes auraient voulu voir imiter en France et substituer à nos asiles, ne croit pas non plus être revenue à l'époque d'avant Pinel; elle emploie cependant, ou employait il n'y a pas longtemps, pour prévenir les évasions de certains aliénés *libres*, des entraves en fer, composées de deux anneaux réunis par une chaînette de trente-trois centimètres et à demeure, et l'un de ses plus ardents admirateurs, M. *Jules Duval*, un ancien magistrat pourtant, n'y a trouvé rien à reprendre.

Le médecin a fait appel du jugement qui l'a condamné. Son habile avocat a déclaré devant la Cour, qu'il avait soumis le dossier de l'affaire à un professeur de Faculté et à un médecin aliéniste qui, pendant trente ans, a pratiqué dans un grand asile, et que tous les deux ont été d'avis : que le docteur *** a été forcé d'employer contre un malade *exceptionnellement* dangereux, des moyens *exceptionnels;* mais qu'en agissant ainsi, il n'a rien fait de *contraire à ce qu'exige l'humanité*..... que le Président de l'Académie de médecine est du même avis.....

Partageant sans doute ces avis *compétents*, la Cour a infirmé le jugement des premiers juges. Mais, deux gardiens ayant été condamnés en première instance, pour avoir frappé le malade, elle a changé la nature du délit imputé au médecin, l'a déclaré :

Complice de coups involontaires et condamné à six jours de prison; la complicité résultant probablement du défaut de surveillance sur les gardiens sous ses ordres.

©BIUM

Complice de coups involontaires est sans doute une locution de Palais.

C'est beaucoup d'avoir été acquitté sur le fait d'emploi de moyens *barbares et contraires à l'humanité;* mais ce n'est pas assez. Un médecin qui n'a pu avoir une intention criminelle, ne doit pas être exposé à être incriminé pour un fait de traitement ou de préservation. Il ne trouverait peut-être pas toujours des juges suffisamment éclairés sur pareilles questions et, dut-il être acquitté toujours ou obtenir toujours en appel l'infirmation du jugement qui l'aurait condamné, mieux vaut encore qu'il ne soit pas accusé ; un médecin d'asile a autre chose à faire qu'aller se défendre devant un tribunal.

Un éminent jurisconsulte, M. Huc, cité par le rapporteur de la commission sénatoriale chargée d'étudier la loi nouvelle sur les aliénés, a dit dans une critique de la loi de 1838 : que toutes les sanctions pénales édictées par cette loi, supposent toujours la bonne foi des chefs des asiles.

C'est peut-être que, de même qu'une législation de l'antiquité n'avait pas prévu le parricide, par des motifs analogues, la loi n'a pas pu prévoir qu'un médecin pourrait être accusé de se complaire à torturer un malade.

Il y a un demi-siècle, le savant chef de bureau de la police médicale à la Préfecture de police, Trébuchet disait : *Au point de vue des responsabilités, entre la conscience du médecin et le malade, il n'y a que l'honneur ; entre eux pour juge, il n'y a que Dieu.*

Et il ajoutait : toute autre doctrine est fausse et dangereuse pour la société.

Dans le cas présent, s'est-on demandé si ces moyens rigoureux employés contre un individu, n'ont pas sauvé la vie de plusieurs de ceux que leur périlleux métier mettait journellement en contact avec lui ?

©BIUM

On s'est plus occupé de sa *correction* que de sa guérison, dit l'un des considérants du jugement ; mais on a oublié qu'il est incurable, que, soldat, il a été réformé comme incurable, et quand bien même il en eût été autrement, où a-t-on vu qu'il est défendu d'employer des moyens de punition, de correction, d'intimidation ?

Esquirol dit à ce sujet : Si l'on doit abonder dans les idées des aliénés, les caresser, les flatter, on doit aussi d'autres fois *subjuguer le caractère absolu de certains malades, vaincre leurs prétentions, dompter leurs emportements.* S'il vivait encore, Esquirol, mettant son précepte en pratique, serait donc exposé à la police correctionnelle !

Et Leuret, quelle peine n'encourrait-il pas ? Car il a écrit : Il faut attaquer le malade en face, ne lui faire aucune concession ; *quoi qu'il en coûte, ayez, dit-il aux médecins, la fermeté du chirurgien, ne craignez pas d'appeler à votre aide tout ce qui vous est nécessaire.* Et la base de son traitement moral était la douche, fréquente, prolongée sur la tête ; c'est-à-dire : l'intimidation, la punition, la douleur.

Car, ce n'était pas seulement de la gêne, de la contrainte pour le malade, mais une réelle souffrance physique, qui même n'était pas exempte de tout danger.

Tous les médecins n'ont pas admis ce traitement ; il en fut qui l'ont même réprouvé ; mais Leuret ne l'a pas moins continué, non sans quelque succès, et il n'a jamais été poursuivi.

Cependant, ce traitement n'était pas *légal* ; la loi ne l'avait pas plus autorisé qu'elle ne l'a défendu.

La science y a renoncé, mais rien n'empêcherait un élève de Leuret de le reprendre demain.

C'est que si le médecin peut se tromper, il n'a pas, ne peut pas avoir l'intention de nuire.

Dans la discussion de la loi de 1838, le garde des

©BIUM

sceaux, un homme de loi, habile et éprouvé, disait : *Pour être coupable d'un délit, il faut que l'intention existe, il n'y a pas de crime sans intention.*

Si un fait de pratique médicale, spéciale comme celle du service des aliénés, fait qui peut être un sujet de controverse scientifique, mais qui n'est défendu par aucune loi, peut exposer le médecin d'asile à être accusé, traité en coupable, qui donc voudra désormais être médecin d'asile ?

Si la loi de 1838 devait rester en vigueur, le jugement dont il est ici question, prouverait déjà la nécessité de dire, de définir ce qu'on entend par *traitement contraire à l'humanité.*

Mais la loi nouvelle rend plus étroite encore cette nécessité, car la loi de 1838 n'a visé que les gardiens, comme pouvant se rendre coupables de mauvais traitements envers les aliénés, et cette loi nouvelle vise tout le personnel, le médecin aussi bien que le gardien ; dans son article 64 qui dit :

Tout individu employé dans un établissement public ou privé d'aliénés, qui volontairement se sera rendu coupable de *sévices* ou voies de fait, sur la personne d'un malade, sera puni d'un emprisonnement de cinq jours à trois mois et d'une amende de seize à deux cents francs ou d'une de ces deux peines seulement.

Il est donc plus que probable que ces mots : *tout individu*, comprennent directeur et médecin, puisqu'on a ajouté un second paragraphe qui commence ainsi : tout gardien ou infirmier qui, etc.

Ainsi, il ne suffira plus de prendre garde d'employer, de prescrire un moyen, une mesure que quelqu'un pourrait trouver *contraire à l'humanité*, mais aussi tout ce qui pourrait être appelé *sévice*.

©BIUM

Mais avec un peu de bonne volonté, ou simplement l'inexpérience des asiles ou des aliénés, on en constatera tous les jours *des sévices*; l'emploi de la force, tout moyen de contrainte, peuvent être appelés sévices, et cependant il y a et il y aura toujours, des cas obligeant à en user.

Comment supposer que dans un cas exceptionnel, on ne puisse et ne doive recourir à un moyen exceptionnel aussi, sans s'exposer à voir qualifier ce moyen crime, ou délit?

C'est pourtant une nécessité si évidente, que le Sénat, dans la loi nouvelle qu'il vient de voter, l'a admise sans la moindre discussion.

En décidant, qu'il sera créé des asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels, n'a-t-il pas autorisé l'envoi dans ces asiles, des aliénés *trop dangereux*, qui ne *sauraient être maintenus sans de graves inconvénients, dans les asiles ordinaires?* (art. 38).

N'est-ce pas là un moyen exceptionnel aussi et à certains égards, bien plus grave qu'aucun autre?

D'abord, parce que le régime intérieur et les moyens de coercition y seront autrement sévères que dans l'asile ordinaire, nous devons au moins le croire, bien que les auteurs qui ont décrit l'asile anglais de Broadmoor, qui doit servir de modèle à ceux qu'on veut fonder en France, ne nous aient rien dit du régime et des moyens qui y sont employés.

Ensuite, parce que, quoi qu'on dise, cet asile nouveau sera considéré par l'opinion publique comme une prison, une sorte de maison centrale, et que le malade et surtout sa famille se croiront frappés dans leur honneur.

Si cet asile eût existé, il n'est pas douteux que l'aliéné, héros de ce procès, y eût été transféré, il y avait tous les droits. Mais cet asile, bien qu'admis en principe, n'existe pas encore; qui sait quand il existera?

©BIUM

Et même quand il existera, la sage condition d'une autorisation préalable du ministre, pour y faire transférer un malade *non criminel, mais qui ne saurait sans de graves inconvénients être maintenu dans un asile ordinaire*, exigera des délais.

Que fera-t-on du malade *exceptionnellement dangereux* pendant ces délais; quel moyen emploiera-t-on pour se garantir de ses violences et ne pas s'exposer à des poursuites? Si le médecin hésite devant le moyen qui peut-être serait le seul efficace, ne laissera-t-il pas ainsi se produire des luttes, aussi dangereuses pour le malade que pour les gardiens; car ceux-ci ne sont pas des saints et quand ils reçoivent trop de coups, ils sont assez tentés de les rendre; ne s'exposera-t-on pas même à quelque catastrophe?

Et tout cela sans être bien certain d'éviter des poursuites; car si les gardiens frappent, ce médecin prudent pourra être accusé de *complicité* et si c'est le malade qui tue, *être coupable* de négligence.

Je sais bien que des cas comme celui qui s'est rencontré ici, sont extrêmement rares; que si la justice croit devoir intervenir, elle appréciera. Mais du moment que le cas s'est produit, bien que ce soit la première fois, il peut se reproduire et, je l'avoue, malgré tout mon respect pour la justice, je me défie non pas assurément de la bonne foi, mais des appréciations de la plupart de ses membres, sur un sujet qui, trop souvent, leur est absolument étranger.

Il me paraît donc qu'il y a quelque chose à faire; qu'il faut que les directeurs et médecins d'asile sachent bien ce qui peut les exposer ou non, aux rigueurs de la justice; je dirai même : à une accusation devant la justice, pour un acte pouvant faire partie du traitement de l'aliéné, ou être un moyen nécessaire de sécurité.

©BIUM

Si le médecin fait mal son service ou ne le fait pas, ainsi *qu'on l'a dit* de celui qui vient d'être condamné, qu'on le révoque, comme il a été fait pour celui-ci, comme on doit le faire pour tout fonctionnaire qui ne fait pas le service auquel ses fonctions l'obligent; mais qu'il reste, pour un fait médical, justiciable de sa conscience seule; c'est son droit et s'il lui est contesté, c'est son devoir de le réclamer.

Si l'on ne veut pas que la vie du médecin d'asile devienne impossible; si l'on ne veut pas l'exposer à des indécisions, des faiblesses dans ses moyens d'action, que pourrait faire naître en lui et justifier la crainte de voir incriminer ses actes : indécisions et faiblesses dont le résultat le plus certain serait d'allonger la liste déjà longue des victimes du service des aliénés, liste dont M. le sénateur Testelin, dans la séance du 14 février, a donné un aperçu, mais un trop court aperçu ; il faut que ces mots : *traitement contraire à l'humanité, — sévices*, ne restent pas des expressions vagues, dont chacun pourra restreindre ou éloigner les limites.

Il ne m'appartient pas de dire ce qu'il faudrait faire dans ce but; mais il y a certainement quelque chose à faire ; la loi nouvelle appellera nécessairement le remplacement de l'ordonnance de 1839, par quelques nouveaux règlements d'administration publique; c'est donc le moment d'y penser.

Quoique vieux et vivant dans la retraite, je ne puis oublier le service des aliénés et ne m'en désintéresserai jamais; qui le touche me touche.

En écrivant ces lignes, ce n'est donc ni un asile, ni un médecin que je cherche à défendre, mais tous les asiles et tous les médecins d'asile.

Si j'accuse, ce ne sont pas des personnes, mais des

©BIUM

textes trop vagues qui se prêtent trop facilement à des interprétations dangereuses.

Si j'admets la liberté pour les médecins, dans le choix des moyens, c'est parce que je suis bien certain qu'il n'en abuseront pas ; une longue expérience me l'a prouvé.

Si quelquefois, bien rarement, j'ai vu dans les asiles l'emploi de moyens plus ou moins rigoureux, j'en ai toujours reconnu la nécessité.

Et c'est parce que je ne les ai jamais vu employer sans nécessité, que je souhaite que l'on puisse dire aux médecins d'asile avec toute sécurité pour eux, comme Antoine Dubois à ses élèves :

Voici ce qui se fait et doit se faire;

Mais, quand vous serez aux prises avec la difficulté,

. . . . . VOUS FEREZ COMME VOUS POURREZ.

Dr CONSTANS.

©BIUM

Pathologie.

ÉTUDE SUR UN CAS DE PARALYSIE SPASMODIQUE INFANTILE

Par M. le Dr Michel CATSARAS
Professeur agrégé de la Faculté de médecine d'Athènes
(Service du professeur A. Zinis).

Mémoire lu à la Société médico-psychologique dans la séance du 28 mars 1887.

Marie J... est âgée de quatre ans et onze mois.

Antécédents héréditaires. La mère, blanchisseuse, examinée par nous-même, a été trouvée parfaitement bien portante. Elle ne présente et n'a jamais présenté le moindre accident nerveux. Aucune trace de syphilis. — Le père est mort à l'âge de trente ans, victime d'une épidémie effrayante de méningite cérébro-spinale, qui régnait à cette époque et a fait bien des ravages. Il s'adonnait à la boisson. Du côté paternel, ajoutons que sa tante est morte phthisique et que son oncle avait, lui aussi, l'habitude de s'enivrer (rêves d'animaux, frayeurs la nuit, insomnie, tremblement). Du côté de la parenté maternelle, rien de remarquable à signaler.

Antécédents personnels. Dans sa vie intra-utérine, l'enfant n'a pas été troublé, car la grossesse a été très régulière. Pas de frayeurs, pas d'émotions morales, pas

©BIUM

de maladies intercurrentes. L'enfant est née à terme. — Le travail d'accouchement a été des plus réguliers, il a eu lieu dans l'espace de sept heures (3 h. s. à 4 h. m.). L'enfant était bien conformée, bien musclée, sans la moindre trace de paralysie.

Le 29 octobre 1881, c'était le quatrième jour de sa naissance, elle a été exposée à l'hospice des nouveaunés, où elle à été examinée par notre cher maître, le distingué professeur de clinique de maladies des enfants M. Zinnis, qui l'a trouvée en très bon état. Aucune trace de paralysie. Bien musclée, elle mouvait parfaitement ses membres. Elle tétait bien et pesait 2,936 grammes. Longueur de 50 centimètres. Longueur de la tête à l'ombilic 27 centimètres. De l'ombilic aux pieds, 23 centimètres.

Le 1er janvier, l'enfant a été donnée à une nourrice externe nommée C. Fricaliotis, qui lui a servi aussi de bonne.

A l'âge de deux ans, sa bonne qui, soit dit en passant, chérissait beaucoup cette enfant, ayant vu qu'elle ne pouvait pas encore se tenir debout et n'articulait pas un seul mot, l'a apportée à M. le professeur Zinnis, pour qu'il lui donnât ses soins. La bonne affirme d'une façon très catégorique que l'enfant n'a jamais eu de convulsion ni de fièvre. A ce moment, M. Zinnis l'a trouvée dans l'état suivant : Il lui était absolument impossible de se tenir debout, ses membres inférieurs étaient raides, et M. Zinnis avait de la peine à écarter les jambes de l'enfant. Elle ne pouvait articuler un seul mot, elle n'émettait que quelques sons inarticulés. On constatait aussi du strabisme. La nutrition générale ne laissait rien à désirer. M. Zinnis lui ordonne comme traitement l'iodure de potassium, la teinture de noix vomique, des bains aromatiques et des frictions à l'aide d'esprit camphré.

©BIUM

Depuis lors, il n'a revu cette petite malade qu'au mois d'octobre de 1886. M. le professeur Zinnis fait interner l'enfant et ayant remarqué l'intérêt scientifique du cas, nous a fait l'honneur de nous appeler pour l'examiner et l'étudier. Je suis heureux de lui témoigner ici mes vifs remerciements.

Le 29 novembre 1886, nous avons procédé à l'examen de la malade, âgée alors de quatre ans et onze mois, et voici ce que nous avons constaté.

L'enfant marche appuyée sur la pointe des pieds, les jambes s'entre-croisent ; le pied qui oscille vient se placer directement en avant de celui qui porte le poids du corps, et elle a les bras en avant et un peu écartés pour ne pas tomber. Tout cela donne à la marche de la malade des allures toutes spéciales. Il lui est matériellement impossible de descendre un escalier ou de marcher sur un plan incliné. Les muscles des membres inférieurs sont contracturés et les pieds en équin ne peuvent être redressés sans une résistance assez marquée.

Dans la station debout, comme on peut si clairement le voir d'après notre photographie n° 1, les cuisses sont dans l'adduction ; les genoux se touchent presque ; les jambes forment un triangle ; les talons sont fortement tirés en haut par la contracture des jumeaux ; les pieds en équin ne reposent que sur l'extrémité métatarso-phalangienne. Inutile d'ajouter qu'il y a une dyscampsie des articulations très prononcée. — Les réflexes rotuliens et plantaires sont très exagérés.

Souvent dans la station debout les deux membres sont pris de tremblements épileptoïdes qu'on peut d'ailleurs aisément provoquer par le procédé vulgaire, qui consiste à relever brusquement l'avant-pied. Cette trépidation épileptoïde est un peu plus accusée au membre gauche, dont les muscles sont aussi un peu

©BIUM

plus contracturés. Les muscles des membres supérieurs sont également raides et contracturés. L'enfant ne peut pas se servir de sa main gauche, qui est contracturée en flexion, et affecte la forme d'une patte de singe, comme on peut le remarquer sur notre photographie n° 2, tandis qu'elle peut se servir, quoique très incomplètement, de sa main droite, qui, elle aussi, est contracturée et présente la forme d'une patte de singe mais à un moindre degré. On éprouve une résistance notable quand on veut mouvoir les différents segments des membres inférieurs et surtout de l'extrémité gauche. Les réflexes sont aussi exaltés. Les muscles de la face ne paraissent pas contracturés. La sensibilité examinée sous tous les modes (contact, température, douleur) a été trouvée parfaitement intègre. Il n'y a pas la moindre trace d'atrophie musculaire. La contractilité faradique est tout à fait normale.

Pas de troubles vasomoteurs.

Les fonctions de la vessie et du rectum sont très régulières.

Symptômes céphaliques. La malade est affectée de strabisme, ce qu'on peut remarquer en jetant un coup d'œil sur la photographie n° 2.

A l'exception du mot puéril *selles* et des mots βρέ, ναί — *oui* et οουωωα — *soupe* qu'elle prononce en traînant et qui constituent tout son vocabulaire, l'enfant ne peut émettre que quelques sons inarticulés. Les doigts de ses deux mains sont agités d'un mouvement incessant et il est impossible de les maintenir et de les fixer dans une position donnée; en d'autres termes, la malade a de l'athétose.

Dans l'hospice cette enfant est considérée comme très intelligente, elle ne reste pas en arrière relativement aux autres enfants. Elle est même réputée supérieure. Elle entend parfaitement bien et comprend

©BIUM



FIGURE 1.



FIGURE 2.

©BIUM

merveilleusement ce qu'on lui dit. Elle exécute tous les ordres donnés.

Au point de vue moral, l'enfant ne laisse rien à désirer ; elle a le sentiment de pudeur très développé ; elle rougit, quand on lui adresse des reproches. Elle est d'un caractère très doux, très docile, et n'a pas le moindre caprice. Elle n'a pas de convulsions. Son crâne examiné avec beaucoup de soin ne présente pas d'asymétrie, les fonctions des autres organes paraissent se faire très régulièrement. L'état général est parfait.

Analyse. — Pour peu qu'on fixe son attention sur l'exposé de l'observation qui vient d'être relatée, on peut facilement remarquer que l'ensemble du tableau clinique est constitué par deux ordres de symptômes : 1° symptômes spinaux et 2° symptômes céphaliques. Les symptômes spinaux sont l'exaltation des réflexes, l'épilepsie spinale, aussi bien spontanée que provoquée, la dyscampsie articulaire, la démarche spasmodique et enfin la contracture. En d'autres termes, nous sommes en présence du syndrome d'une double paraplégie spasmodique. Les symptômes céphaliques sont au nombre de trois : *a*) le strabisme ; *b*) les troubles de la parole et *c*) l'athétose qui, lui aussi, est un symptôme essentiellement cérébral.

La lésion spinale, qui certes existe dans la moelle de cette enfant, siège dans les cordons latéraux et plus spécialement dans le faisceau pyramidal.

En effet, il est péremptoirement démontré aujourd'hui que toutes les fois que nous sommes en présence d'un syndrome de paraplégie spasmodique, les cordons latéraux sont lésés, c'est-à-dire que le syndrome de paraplégie spasmodique est subordonné à la lésion des cordons pyramidaux.

Donc, par l'analyse qui précède un point capital est acquis, c'est que, dans le cas dont il s'agit, les faisceaux

©BIUM

pyramidaux sont lésés. Tous naturellement, nous sommes amenés à nous poser une autre question non moins importante qui est la suivante : La lésion des faisceaux pyramidaux est-elle systématique ou non?

Il n'y a pas à douter que la lésion spinale, de quelque nature qu'elle soit, est systématique, très systématique. En effet, il n'y a pas du tout de symptômes qui dénotent une lésion des cordons postérieurs, la sensibilité étant parfaitement intacte.

Il n'y a pas trace d'atrophie musculaire, ce qui démontre clairement que les cornes antérieures de la substance grise de la moelle sont en parfait état ; ajoutons que la vessie et le rectum fonctionnent d'une façon très normale, et il ressort de tout ce qui précède, d'une manière très nette, que la lésion est strictement cantonnée aux cordons pyramidaux, c'est-à-dire qu'elle est systématique.

Maintenant nous arrivons à une troisième question qui est la plus intéressante de toutes : La lésion systématique spinale est-elle primitive, ou bien est-elle secondaire, descendante et due à une double lésion cérébrale ?

Répondre à cette question, c'est discuter l'origine même de la paraplégie spasmodique infantile, ce qui nous amène nécessairement à examiner si le tabes spasmodique existe en réalité comme entité morbide, à part,et à passer en revue très rapidement les notions que nous possédons actuellement sur le tabes spasmodique. A peu près à la même époque, notre cher et illustre maître, M. le professeur Charcot et l'éminent névropathologiste de Heidelberg, M. Erb ont décrit, le premier sous le nom de *tabes spasmodique*, le second sous la dénomination de *paralysie spastique*, une affection chronique, à évolution très lente et très graduelle, dont toute la symptomatologie consiste dans l'exaltation

©BIUM

très marquée des réflexes tendineux, dans l'épilepsie spinale spontanée et provoquée, et dans une parésie des membres qui n'est autre chose que le fait d'une contracture musculaire. Cette affection ayant aussi chez l'adulte reçu le nom de sclérose latérale primitive, bien qu'elle n'ait jamais été démontrée, a été décrite dans tous les livres classiques comme une entité morbide, à part, comme une maladie spéciale. Néanmoins dans ces derniers temps, vu que les vrais cas cliniques, type Charcot-Erb, soient excessivement rares, que ce petit nombre de cas ne peut encore être pris en considération, car le tableau clinique d'autres maladies, surtout celui de la sclérose en plaques, peut se borner pendant des mois et même pendant des années au syndrome de paraplégie spasmodique sans troubles sensitifs ou trophiques et sans symptômes de la part de la vessie, du rectum et des organes génitaux, ce qui, dirons-nous en passant, a causé bien des erreurs du diagnostic, jusqu'au moment où le tremblement pendant les mouvements intentionnels, l'embarras spécial de la parole ou un autre symptôme céphalique sont venus mettre sur la vraie voie du diagnostic ; vu enfin l'absence de sanction anatomique, car en dehors du cas de Morgan et Dreschfeld publié dans le *British medical journal*, janvier 1881, dont l'autopsie a fait voir une sclérose des cordons latéraux, mais qui pêche considérablement au point de vue de la description ; dans toutes les autres observations dans lesquelles on a trouvé des caractères cliniques de la maladie décrite par Charcot et Erb, l'autopsie a montré les lésions spinales les plus diverses. Vu donc toutes ces raisons, la réalité de l'existence du tabes spasmodique chez les adultes a été sérieusement ébranlée et est fort douteuse. Chez les enfants aussi il y a incontestablement un certain nombre de cas de paraplégie spasmodique infantile à évolution très lente et

©BIUM

très graduelle, qui, au point de vue clinique, sont uniquement et exclusivement caractérisés par des symptômes spasmodiques sans que la sensibilité, la nutrition musculaire, la vessie et le rectum soient troublés en quoi que ce soit.

D'une part, l'absence absolue de symptômes céphaliques a naturellement fait penser à une origine exclusivement spinale. D'autre part, considérant que tout le tableau clinique de l'affection consiste uniquement en symptômes de paraplégie spasmodique, quelques auteurs ont été d'avis que ce syndrome correspond à une lésion primitive des cordons latéraux, autrement dit à la maladie décrite comme tabes spasmodique.

Pourtant, les cas de ce genre pouvaient très bien recevoir une autre interprétation clinique. Supposons une lésion, de quelque nature qu'elle soit ; il suffit qu'elle soit destructive, et qu'elle siège aux zones motrices des deux hémisphères, pour qu'elle puisse, par la production d'une dégénérescence descendante des faisceaux pyramidaux, parfaitement bien donner lieu à un syndrome clinique exactement semblable à celui des cas qui ont été décrits comme tabes spasmodique infantile. Donc *à priori* on pouvait, on devait même penser à l'origine cérébrale d'un cas de paraplégie spasmodique infantile, et c'est avec juste raison que plusieurs auteurs se sont rangés à cette dernière opinion.

Parmi ces auteurs il faut notamment citer W. Haden qui, dans son travail (On infantile spasmodic paralysis, *Brain*, p. 302, octobre 1883), fait remarquer que des lésions multiples du cerveau peuvent donner naissance à l'ensemble symptomatique de paralysie spasmodique, et James Ross qui, dans son article (On the spasmodic paral. of infancy, *Brain*, p. 344, octobre 1882), tout en admettant que la contracture paraplégique peut être d'origine spinale, émet l'idée que l'affection dénoterait

©BIUM

le plus souvent une cause initialement cérébrale ; il suppose l'existence en pareil cas d'un arrêt de développement de certaines parties de l'encéphale, notamment de la zone motrice de l'écorce. D'après cet auteur, les paralysies spasmodiques infantiles doivent être considérées comme des exemples d'hémiplégies bilatérales, dues à l'absence congénitale des circonvolutions motrices. — Nous voilà donc en présence de deux manières de voir diamétralement opposées : l'une spinale, l'autre cérébrale.

On a objecté aux auteurs qui ont appuyé l'origine cérébrale : 1° qu'ils n'ont pas eu réellement en vue le syndrome clinique, tel que le grand maître de la Salpêtrière l'a décrit ; 2° on a invoqué en faveur de l'origine spinale et contre la manière de voir cérébrale, que la paraplégie spasmodique infantile n'est jamais accompagnée de symptômes céphaliques. La première objection doit être absolument rejetée pour notre cas, qui est on ne peut plus typique. La deuxième objection n'a pas beaucoup de valeur, car on a publié bien des cas de paralysies partielles et d'origine indubitablement cérébrale, sans qu'elles aient été accompagnées de symptômes céphaliques. Cette objection tombe d'elle-même, car notre observation est accompagnée de symptômes céphaliques.

De la discussion précédente il ressort que les cas de paraplégie spasmodique infantile peuvent aisément aussi être interprétés par la doctrine d'origine cérébrale.

Notre cas prouve incontestablement la vérité de cette doctrine, car son syndrome de paraplégie spasmodique est, on l'a remarqué, très complet au point de vue clinique et les symptômes céphaliques sont bien de nature à dénoter l'origine cérébrale de la lésion. Cette lésion ayant son siège principal aux centres excitomoteurs et à la circonvolution de Broca des deux hémisphères cé-

©BIUM

rébraux, explique parfaitement bien et le syndrome de paraplégie spasmodique et les troubles de la parole. Quant au siège de la lésion, qui peut expliquer ces mouvements incessants des doigts de la malade, l'athétose, nous ne pouvons rien dire d'exact. Il est généralement admis aujourd'hui que l'athétose est une des variétés multiples de chorée, que par conséquent l'hémiathétose est une variété d'hémichorée et, comme l'hémichorée est un syndrome clinique, dont la valeur diagnostique pour le siège de la lésion est connue, probablement aussi la lésion d'hémiathétose doit siéger à peu près dans les mêmes régions que l'hémichorée. Il est alors probable que la double athétose a son siège près de la partie postérieure de la capsule interne, près la région lenticulo-optique. Donc la lésion primitive qui a produit la lésion systématique secondaire des faisceaux compacts des fibres pyramidales de Fleschsig, qui passent par leur région propre située à la moitié postérieure de la capsule interne, a peut-être envahi aussi la région voisine dont la lésion produit probablement le symptôme athétose.

Enfin, après la question du siège, vient celle non moins importante de la nature de la lésion cérébrale de notre cas. Certes, cette lésion n'est pas irritative, inflammatoire, car l'enfant ne présente et n'a jamais présenté ni convulsions, ni attaques d'épilepsie, ni autres symptômes d'irritation cérébrale. D'ailleurs dans le cas d'existence de symptômes de ce genre, on serait autorisé à nier que nous avons sous les yeux le syndrome clinique de paraplégie spasmodique infantile, type Charcot. En effet, quelques auteurs se plaisent à rapporter, dans l'affection en question, des cas de sclérose cérébrale plus spécialement localisée aux centres excitomoteurs, et qui par suite de cette localisation donne lieu à des contractures limitées à un ou plusieurs membres, rarement aux qua-

©BIUM

tre. Mais, nous le répétons, ces cas diffèrent considérablement, et comme mode de début, et comme évolution, et comme diffusion de symptômes. Ils en diffèrent aussi par l'existence des symptômes irritatifs et par leur terminaison. La nature irritative de la lésion primitive de notre cas étant écartée, c'est seulement, croyons-nous, un défaut de développement de zones motrices corticales qui peut en expliquer et le mode de début si insensible d'abord, et l'évolution si lente et si graduelle, et enfin toutes les allures cliniques. Etant établi que l'enfant n'a été troublée ni dans sa vie extra-utérine, ni pendant le travail d'accouchement, ni durant sa vie intra-utérine, la grossesse ayant été des plus régulières, c'est dans les antécédents héréditaires qu'on doit naturellement chercher les causes de ce défaut de développement. En effet, nous avons remarqué que son père était un ivrogne et nous savons combien grande est la part de l'alcoolisme des ascendants dans l'étiologie des conformations vicieuses et des défauts de développement des diverses régions de l'organisme humain.

©BIUM

DE LA
SURACTIVITÉ INTELLECTUELLE
SANS DÉLIRE NI DÉMENCE
DANS LA PÉRIODE PRODROMIQUE
DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE

Par M. le Dr Victor PARANT
Directeur-médecin de la Maison de santé de Toulouse.

La suractivité intellectuelle, en tant que phénomène propre à certaines formes et à certaines phases des maladies mentales, signalée depuis longtemps, a déjà été l'objet de bien des travaux. C'est donc, d'une manière générale, un symptôme bien connu. Si nous croyons devoir en parler encore, c'est que les particularités sur lesquelles nous voulons appeler l'attention ne sont pas très communes. Bien des auteurs n'en ont rien dit, et ceux qui en ont parlé ne l'ont fait que d'une façon sommaire. Les faits auxquels ces particularités se rapportent, concernent une forme spéciale et bien déterminée de la suractivité intellectuelle, dans la période prodromique de la paralysie générale progressive.

Lorsque la paralysie générale est définitivement constituée, elle présente, comme chacun le sait, un ensemble symptomatique qui peut se réduire à deux termes principaux, affaiblissement intellectuel et affaiblissement physique. On pourrait même dire que les deux termes n'en font qu'un, puisqu'ils procèdent de la même cause anatomique. Les malades sont, en apparence, bien

©BIUM

différents les uns des autres, agités ou affaissés, gais ou tristes, bienveillants ou malveillants. Mais que l'on fasse abstraction des variétés de leur délire et de leurs dispositions plus ou moins désordonnées, on les retrouve, en somme, tout affaiblis dans leurs qualités essentielles.

S'il en est ainsi dans la période d'état de la maladie, il n'en est point nécessairement de même dans la période prodromique. Alors, en effet, les indices morbides, non seulement n'ont rien de pathognomonique, mais encore peuvent tout à fait donner le change sur leur signification véritable.

Nous avons eu l'occasion, dans ces dernières années, de rencontrer trois malades chez qui la paralysie générale progressive, évidente et certaine au moment où nous avions à nous occuper d'eux, avait débuté de manière à confirmer, aussi nettement que possible, la vérité de la proposition précédente. Chacun de ces malades, pendant une période plus ou moins longue avant l'explosion des perturbations mentales proprement dites, avait passé par un état de suractivité intellectuelle, par une exaltation des facultés d'esprit, leur donnant des qualités ou des aptitudes qu'on ne leur connaissait point jusqu'alors, et que cependant personne n'eût un instant la pensée de considérer comme un signe de maladie. Cela tenait à ce que cette suractivité avait des allures et des apparences absolument normales. Elle paraissait entièrement régulière et raisonnable. Ceux qui la présentaient n'agissaient point d'une manière absurde, ou incohérente; ils ne faisaient point d'actes extravagants et ne compromettaient pas leurs intérêts. Bien au contraire, ils agissaient en hommes habiles, judicieux, sinon prudents, et prenaient les moyens propres à atteindre leur but.

Voici les faits qui permettent d'en juger.

©BIUM

OBSERVATION I. — Suractivité intellectuelle raisonnable pendant deux mois et demi. Transformation du caractère et des facultés mentales ; aptitudes oratoires insolites. Période d'agitation ; actes désordonnés; idées délirantes ambitieuses; paralysie générale progressive; affaissement; mort dans le marasme.

M. A... est un ancien agent voyer, âgé de 61 ans. Au moment où nous sommes appelé à nous occuper de lui, sa famille fait remonter sa maladie à deux ans environ, compris une période d'à peu près deux mois et demi, caractérisée par les circonstances suivantes. M. A... était un homme d'une intelligence ordinaire, et même médiocre. Il remplissait ses fonctions d'une manière satisfaisante, mais sans que rien pût appeler l'attention sur lui. Peu expansif, indifférent aux choses publiques, il n'avait pas l'habitude de rechercher la société ; il la fuyait plutôt. Lorsqu'il se trouvait en réunion, dans les cafés ou ailleurs, il parlait peu et n'avait rien qui pût lui donner une prééminence quelconque. En fait de maladie on ne lui connaissait pas d'antécédents héréditaires, et sa santé avait toujours été bonne. Dans l'exercice de ses fonctions, il buvait beaucoup, et, depuis plusieurs années, il s'était mis à s'attarder dans les cabarets ou les auberges. On n'avait vu chez lui aucun signe de trouble mental, jusqu'au moment présumé de sa maladie actuelle.

Des élections législatives devaient avoir lieu dans l'arrondissement où il demeurait. Deux mois à peu près avant l'ouverture de la période électorale, on vit M. A... prendre presque subitement des allures et des dispositions nouvelles, insolites. Il se mit à manifester un intérêt très vif aux événements qui allaient se produire; il se montra plus expansif que de coutume. Ayant dès ce moment pris ouvertement parti dans la lutte qui allait s'ouvrir, il se procura et lut assidûment les journaux favorables au candidat de son choix. Dès lors on le vit, dans les cafés, dans les réunions, se

©BIUM

mêler aux groupes. Il parlait beaucoup; il se plaisait à exposer son opinion, et le faisait d'une manière nette, vive et communicative. C'étaient là des qualités qu'on ne lui connaissait pas du tout, et qu'on fut très surpris de lui trouver. Il semblait devenu subitement plus intelligent, et se montrait supérieur non seulement à lui-même, mais aussi à la grande majorité des gens avec qui il était en relation. On s'en réjouissait autour de lui, dans sa famille. Lui-même s'en montrait heureux, car il le comprenait et se sentait tout autre, et sans concevoir des sentiments exagérés de sa supériorité, il disait clairement qu'il avait des idées plus nettes et plus abondantes qu'autrefois.

Arrive la période électorale. M. A... se jette ardemment dans la lutte. Lui qui jadis était taciturne, il est devenu très loquace; il a pris beaucoup de hardiesse, beaucoup d'initiative. Alors qu'il semblait fait pour jouer les rôles de comparse, il devient chef et se met à la tête du mouvement. Il ne manque pas une réunion publique, il y prend toujours la parole, il est plein d'entrain; il ne recule pas devant les discussions contradictoires et s'y montre plein d'à-propos. L'étonnement est de plus en plus grand dans sa famille et parmi ses amis. Mais sa conduite est si mesurée, malgré son ardeur; ses propos sont si sensés, son attitude générale est si régulière, que personne ne soupçonne un moment la vérité. On voit là simplement l'influence d'une circonstance accidentelle, l'influence d'un événement politique et de la lutte électorale. Bref, les élections se font, et le candidat pour lequel M. A... s'est ardemment employé est proclamé vainqueur. C'est un revirement complet dans la représentation politique de l'arrondissement. L'élu et son parti reconnaissent à qui mieux mieux qu'ils doivent une grande part du succès à M. A... et à son intervention active, si efficace et si

©BIUM

complètement inattendue. Lui-même triomphe avec une satisfaction évidente, comme cela était naturel, mais sans manifester encore la moindre exaltation déraisonnable ou notoirement extravagante.

La lutte électorale est terminée ; la vie publique revient à ses conditions ordinaires. Presque en même temps aussi les brillantes dispositions de M. A... s'éteignent. Au bout de peu de jours, on le retrouve d'abord tel qu'il avait toujours été ; puis on le voit même s'affaisser et tomber dans une sorte d'abattement. Tout le monde attribue cet état aux fatigues récemment éprouvées, et on s'en préoccupe peu.

Mais cela même ne fut pas de longue durée. Quelques semaines plus tard se manifestèrent des dispositions nouvelles, qui, à la satisfaction éprouvée jadis par la famille de M. A..., firent succéder des inquiétudes croissantes.

Ce fut tout d'abord une modification marquée dans les sentiments affectifs. M. A... se mit à concevoir contre les personnes de sa famille des antipathies contraires à ses sentiments antérieurs. Il abandonna presque continuellement son domicile, et non seulement il recommença de boire comme par le passé, mais encore il se livra à des actes de débauche qui ne lui étaient pas habituels. Dès lors aussi, on constata chez lui divers troubles intellectuels, distractions, oublis, fautes de mémoire inexplicables. En dernier lieu il est survenu des dispositions à la violence et à l'agitation. M. A... cherchait querelle à tous les gens du pays ; il passait une grande partie des nuits à errer ; il cherchait à entrer de force dans n'importe quelle maison, pour y faire, aux femmes les plus honnêtes, des propositions de débauche.

A aucun moment, jusque-là, il n'a manifesté d'idées ambitieuses.

©BIUM

Ce sont ses actes désordonnés et ses dispositions à la violence, qui ont obligé à l'interner.

Quand nous sommes appelé à le soigner, il est notablement agité. Ses idées sont très mobiles, très inconsistantes. Il passe rapidement de l'une à l'autre, oubliant ce qui vient d'être dit. Il est tracassier, et veut morigéner tout le monde. Il s'irrite facilement. La nuit il dort peu, et veut se promener. Embarras très prononcé de la parole, constaté par la famille depuis deux mois environ. Pas d'inégalité pupillaire ; pas de tremblement des membres ; pas d'idées délirantes proprement dites.

Au bout d'un mois de séjour dans la Maison de santé de Toulouse, M. A... est devenu tranquille. Mais il s'est mis à concevoir des idées délirantes ambitieuses. Il passe une grande partie du temps à écrire ; il médite des projets grandioses et les réalisera facilement, parce qu'il se fera élire député de Lyon, etc.

Ces idées délirantes ne tardèrent pas à s'émousser. Au bout de quatre mois, M. A... étant devenu tout à fait tranquille, et étant tombé même dans une sorte d'affaissement, fut retiré par sa famille. Nous savons qu'il continua de s'affaisser, et qu'étant tombé dans le marasme, il mourut peu de temps après.

OBSERVATION II. — Ardeur commerciale inaccoutumée pendant deux ans ; grande hardiesse dans des entreprises bien combinées et heureusement terminées. — Acquisition d'une grande fortune. — Modifications du caractère, exaltation, idées ambitieuses, paralysie générale progressive. — Courte période de rémission ; retour de l'excitation. — Attaques congestives épileptiformes. — Mort.

M. B..., âgé de trente-sept ans, est entré en 1882 dans la Maison de santé de Toulouse. C'est environ un an avant l'entrée que l'état de maladie avait été soupçonné. Ce qui l'avait fait reconnaître, c'était d'abord une irritabilité très grande. Puis étaient venues de

©BIUM

l'excitation, de l'exaltation, et des idées délirantes ambitieuses qui avaient nécessité l'internement.

En remontant dans le passé, voici ce que l'on trouvait. M. B..., issu d'une famille de paysans, était un homme d'une intelligence et d'une culture moyennes que rien ne distinguait d'une manière spéciale. Ayant reçu de l'éducation, au lieu de rester à travailler la terre, il se fit commis en vins dans une grosse maison de commerce de l'Aude. C'est de cette époque que datent des habitudes alcooliques qui allèrent toujours en croissant. M. B... fréquentait beaucoup les cafés et y faisait une grande consommation de spiritueux, bitter, vermouth, etc. Il était actif ; il était assez entendu en affaires ; il ne tarda pas à bien marquer sa place dans la maison de commerce où il se trouvait. Finalement, il épousa la fille de son patron, dont il devint en même temps l'associé. Sous la raison sociale de son beau-père et la sienne, il dirigea la maison, dont les affaires continuèrent à prospérer, mais sans sortir de la voie moyenne où elles avaient toujours été. Vers 1879, environ deux ans avant le début apparent de la maladie mentale, on fut surpris de voir M. B... pris presque inopinément d'une ardeur commerciale plus grande que celle qu'il avait eue précédemment. Il voulut mettre sa maison sur un plus grand pied et étendre ses affaires sur une base beaucoup plus large. Il fit coup sur coup plusieurs entreprises très hardies, soit comme acquisitions, soit comme placements. Son beau-père, quelque peu inquiet de sa hardiesse, voulut le modérer. Mais dès ce moment se manifestait l'irritabilité qui devait plus tard devenir prépondérante. M. B... traita son beau-père de routinier, de retardataire, et passa outre à ses représentations. Comme les premières entreprises, si hasardeuses qu'elles fussent, avaient été couronnées d'un plein succès ; que M. B... manifestait une extrême

©BIUM

confiance et la communiquait a tout le monde, on le laissa faire. Ce qu'il importe de remarquer, c'est que, en dehors de la hardiesse, toutes les entreprises, toutes les combinaisons, toutes les éventualités étaient parfaitement prévues, étudiées, raisonnées. M. B... aurait eu alors un échec, qu'on n'eût pu l'accuser de n'avoir pas bien pris ses précautions. Il résulta que dans cette voie aventureuse, mais parfaitement régulière, M. B... parvint en peu de temps à doubler la fortune de son beau-père et la sienne. Sa maison de commerce avait pris le premier rang parmi celles du même genre. Cela s'était produit en moins de deux ans, sans que le moindre insuccès, la moindre erreur vinssent empêcher la progression des choses. Et pendant ce temps, si l'on s'accordait à trouver que M. B... était hardi, personne ne songeait à le taxer d'extravagance ; personne n'entrevoyait le moindre signe de trouble d'esprit dans ses idées ou dans ses actes.

Mais alors survinrent les phénomènes dont nous avons parlé tout d'abord. La maladie se manifestait plus nettement avec toutes ses conséquences.

Au moment de son internement, M. B... était dans un état d'agitation maniaque excessivement violente. On avait toutes les peines du monde à le contenir. Le désordre des idées et des actes était très grand ; il y avait incohérence complète. Vint une période de sitiophobie qui faillit compromettre la vie. Puis le calme se produisit peu à peu, et alors les signes essentiels de la paralysie générale progressive se manifestèrent beaucoup mieux. Il y avait quelques conceptions ambitieuses ; mais les idées étaient surtout très incohérentes et très mobiles, en même temps que notoirement affaiblies. Plus tard encore, le malade se montra d'une vanité excessive et ridicule. Au moment où le calme se produisit, le tremblement de la parole était très marqué, et

©BIUM

il y avait habituellement de l'inégalité pupillaire. A cette époque, M. le professeur Ball vint en consultation près du malade, et n'eut aucun doute sur la nature de la maladie.

Après dix mois de séjour dans la Maison de santé de Toulouse, M. B... devint beaucoup plus calme. Alors les divers signes de la paralysie générale progressive s'atténuèrent ou disparurent. Il n'y avait plus d'embarras bien marqué de la parole, ni d'inégalité pupillaire. L'intelligence avait repris de la netteté et une certaine vigueur. Il restait seulement un peu de puérilité, et une grande vanité. M. B..., qui n'était pas précisément beau, se regardait comme un Adonis, et se complaisait beaucoup dans le soin de sa personne.

Il fut rendu à la liberté. Pendant quelques semaines tout alla bien. Mais on ne tarda pas à voir reparaître de l'excitation. M. B..., sans qu'on pût le retenir, partit pour Paris, où il eut une conduite effrénée. Tout à coup il subit, à des intervalles très rapprochés, plusieurs attaques congestives épileptiformes. L'une d'elles le plongea dans le coma et détermina la mort.

Observation III. — Développement inopiné du goût pour la gestion des affaires publiques ou privées. Grande activité. Mise en œuvre de projets utiles, menés habilement à bonne fin. Au bout d'une année changement presque subit ; modifications du caractère, désordre dans la conduite. Paralysie générale progressive.

Le troisième malade dont nous avons à parler, a été tout récemment soumis à notre observation. Nous ne l'avons vu, il est vrai, qu'en consultation, à son domicile. Mais sa maladie était assez bien confirmée pour qu'il n'y eût pas de doutes à son égard. Les renseignements qui suivent nous ont été donnés au cours de la consultation.

M. C... est âgé de quarante-deux ans. Il a deux enfants,

©BIUM

l'un de onze ans, l'autre de neuf, qui se portent bien. Il est veuf depuis plusieurs années. Depuis son veuvage, il s'est adonné, avec une grande ardeur, à des habitudes de débauches diverses qu'il avait eues déjà avant son mariage. Grand buveur, grand mangeur, il consommait des quantités énormes de toutes choses, et l'on nous a parlé avec admiration de repas véritablement pantagruéliques qu'il avait faits. Le fond de son caractère avait toujours été de l'insouciance, de l'indifférence, voire même de l'apathie. Il s'occupait de faire valoir ses propriétés, grands vignobles de l'Aude; mais il le faisait d'une façon routinière et sans beaucoup d'entrain. Plus indifférent encore aux affaires publiques qu'aux siennes propres, il avait toujours refusé de jouer un rôle dans sa commune, d'y tenir la place que son éducation première et sa fortune lui auraient donné le droit de tenir. Il avait, à ce sujet, résisté aux sollicitations les plus pressantes. Il était intelligent, mais sans présenter rien d'extraordinaire. Il y a quinze mois environ, on vit assez inopinément toutes ses dispositions changer. Il secoua son inertie, dépouilla son indifférence, et se mit à s'occuper des affaires de la commune. Les circonstances voulurent qu'à cette époque il y eût un renouvellement du conseil municipal ; non seulement il se présenta pour être conseiller ; mais ayant été élu, il demanda à remplir les fonctions de maire. Il fut immédiatement nommé. Dès lors il manifesta une activité extraordinaire, s'appliquant, sur divers points, à améliorer la situation de la commune. Il reprit ou fit continuer des projets fort utiles, que la négligence ou le mauvais vouloir de ses prédécesseurs avaient fait abandonner : amélioration de routes, reconstruction d'édifices communaux qui tombaient en ruine, perfectionnement d'un système de drainage pour d'anciens marais qui, pendant longtemps, avaient été pour les habitants une source

©BIUM

de maladies. Ce qui est surtout à remarquer dans toutes ces entreprises, c'est qu'il ne les fit point à la légère, sans en prévoir, sans faire étudier toutes les conséquences, et surtout sans en assurer d'avance, au mieux des intérêts de la commune, les ressources qui permettaient de les mener à bonne fin. Il provoqua des souscriptions individuelles, et on le vit, avec une hardiesse qu'il n'avait jamais eue, aller faire visite à des propriétaires du voisinage, avec qui il n'avait jamais été en relation ; il alla même chez des gens qui étaient hostiles soit à lui-même, soit aux projets qu'il patronnait. Il leur parla avec chaleur, avec conviction, leur démontra les avantages de ces projets, et fit souscrire ceux même qui semblaient le moins disposés à le faire. En peu de temps on le regarda comme la providence de sa commune, et on ne jurait plus que par lui ou par ses idées. Ce qui est à noter encore, c'est qu'il apporta dans la gestion de ses biens une activité et une habileté égales à celles qu'il déployait pour les affaires de sa commune. Il fit, pour plusieurs de ses vignes, endommagées ou menacées par le phylloxéra, des améliorations importantes et profitables. Une particularité intéressante nous a été signalée : c'est que, pendant un an environ, s'il était devenu plus actif, plus entreprenant, M. C... ne manifesta jamais alors de l'irritabilité ; il ne conçut aucun sentiment d'orgueil. Il conserva tout son caractère habituel qui était d'être, comme on dit vulgairement, bon enfant. Il était affable et bienveillant. Personne, jusqu'à ce moment, ne se doutait que M. C... fût en passe de maladie.

Mais, d'une manière presque subite, toutes ces dispositions changèrent, M. C... devint d'humeur fantasque, irritable, hautaine. Puis il commença à agir d'une manière notoirement extravagante, ses actes n'avaient plus aucune suite. Il abandonna les affaires de la commune et

©BIUM

les siennes propres. Il entreprit des voyages, au cours desquels il se livra à de nombreuses débauches. Le désordre de sa conduite et de ses idées inquiéta sa famille. Le médecin fut appelé ; la situation lui parut grave, et il demanda une consultation, celle-ci se fit, non sans peine, car il fallait retenir le malade chez lui. Nous constatâmes tous les signes physiques de la paralysie générale progressive : tremblement fibrillaire de la langue, avec embarras très marqué de la parole (depuis deux mois environ la famille avait reconnu cet embarras) ; tremblement fibrillaire des muscles du visage ; inégalité pupillaire très prononcée, la pupille droite étant presque immobile ; en outre, un tremblement très marqué des doigts, comme dans l'alcoolisme. Cependant l'écriture n'était pas sensiblement modifiée ; elle était seulement devenue un peu plus grosse. Nous n'eûmes pas de peine à constater le trouble d'esprit, caractérisé surtout par de l'incohérence et de l'exaltation des idées.

A côté de ces faits nous en relaterons deux autres qui s'en rapprochent par des particularités analogues. Mais comme nous n'avons pas eu sur eux des détails aussi complets que sur les précédents, et, qu'en outre, les phénomènes que nous avons en vue n'y ont été que de courte durée, ils ont, dans l'espèce, une moindre importance.

OBSERVATION IV. — Manifestation subite d'une grande habileté dans des manœuvres militaires. — Excitation. — Paralysie générale progressive. — Gangrène rapide du périnée. — Mort.

Cette observation concerne un chef d'escadron qui n'avait encore donné aucun signe évident de trouble mental. On avait seulement remarqué que depuis quelque temps il négligeait beaucoup sa tenue, ce qui était tout à fait contraire à ses habitudes antérieures. Appelé à faire les grandes manœuvres, et chargé d'un com-

©BIUM

mandement, il s'en acquitta pendant quelques jours avec une habileté rare. Dans des exercices de petite guerre, il sut conduire ses hommes d'une manière si remarquable, imaginant de si ingénieux stratagèmes, qu'il assura la victoire de son parti. Mais au dernier moment, surexcité par les manœuvres, il voulut forcer son escadron à traverser la Loire dans un endroit beaucoup trop profond. Les hommes et les officiers sous ses ordres refusèrent de le suivre. Il entra dans une grande fureur; c'était le commencement de l'excitation délirante qui s'aggrava rapidement, et nécessita l'internement du malade. Il fut placé dans la Maison de santé de Toulouse, où il mourut quelques mois après, ayant donné tous les signes de la paralysie générale progressive. Nous avons raconté ailleurs (1) les circonstances de sa mort, due à une gangrène rapide du périnée. Cette gangrène, que ne justifiait aucune lésion fonctionnelle ou organique des organes génito-urinaires, fut due, selon nous, à des troubles trophiques résultant de la paralysie générale elle-même.

Observation V (*abrégée*). — Développement brillant de la mémoire. Démence; agitation maniaque. Paralysie générale progressive.

Ce dernier fait concerne un homme qui n'avait jamais été remarquable ni par le développement de sa mémoire, ni par son application à l'étude. Il était à proprement parler ce qu'on appelle un cancre de collège, et était arrivé vaille que vaille au terme de ses classes. Or, au début d'une paralysie générale progressive, d'origine certainement alcoolique, qui lui survint vers l'âge de quarante ans, on le vit manifester inopinément une

(1) Gangrène rapide du périnée chez un malade atteint de paralysie générale progressive; considérations pathogéniques. — *Revue médicale de Toulouse*, 1883.

©BIUM

mémoire excellente. Il récitait sans erreur de longues tirades des auteurs classiques, français, latins, voire même grecs. Il récitait surtout ainsi les passages qu'il avait appris, ou plutôt entendus au collège, et que certainement il n'avait point depuis lors cherché à se rappeler. Pendant plus de vingt ans sa mémoire avait conservé ces souvenirs à son insu, et dans les prodromes de la maladie nouvelle, elle prenait une activité insolite et vraiment extraordinaire. Mais cette qualité brillante dura peu ; la démence ne tarda pas à se manifester, en même temps qu'une agitation maniaque très désordonnée, qui obligea d'interner le malade.

Ce qu'il faut surtout retenir de ces faits, c'est le développement insolite et imprévu des facultés mentales, développement qui atteint un degré élevé, et donne aux individus une prééminence, une supériorité marquée, non seulement sur eux-mêmes, mais sur beaucoup d'autres personnes. Il se trouve que chacun de nos malades se présente sous un aspect différent. L'un manifeste subitement des qualités d'orateur et de chef de parti ; l'autre se montre négociant d'une grande habileté ; le troisième se révèle comme excellent administrateur ; chez les derniers enfin brillent inopinément les qualités du commandement militaire ou les dons de la mémoire. A vrai dire, ce sont là des qualités illusoires puisqu'elles reposent sur des fondements qui n'ont aucune solidité ; néanmoins elles se présentent avec tous les attributs des facultés essentielles, et elles arrivent aux mêmes résultats. Ce qui leur donne du reste leur véritable valeur, c'est le long temps pendant lequel elles ont persisté : deux mois et demi environ chez une personne ; un an chez l'autre ; plus de deux ans chez une troisième. Les deux dernières observations sont, au point de vue qui nous occupe, moins remarquables que les premières. Nous devons cependant signaler comme très curieuse la

©BIUM

particularité que présente le malade de la dernière observation, chez lequel la faculté de mémoire apparut pour un moment avec une si grande perfection. Comment cet homme pouvait-il se souvenir de choses qu'il avait mal apprises, si même il les avait apprises, et dont il ne s'était pas occupé depuis de longues années? C'est là évidemment un phénomène de cérébration inconsciente.

Avant d'aller plus loin nous devons insister sur ce fait que les manifestations dont il s'agit appartiennent bien réellement à la période prodromique de la paralysie générale progressive. On peut, il est vrai, se demander, comme nous le ferons tout à l'heure, si leur production n'est point due à des influences complexes. Mais leur terrain d'évolution n'est pas douteux.

Chez le sujet de l'observation I, la marche de la maladie est caractéristique. Après une période d'activité intellectuelle sans délire ni démence, survient une période où le malade s'affaisse un peu. Ensuite on observe des modifications dans les sentiments affectifs, des tendances désordonnées, de l'affaiblissement dans les facultés d'esprit, et la parole devient embarrassée. Pendant quelque temps il y a des idées ambitieuses délirantes. Enfin le malade s'affaisse de nouveau, tombe dans le marasme, et meurt. Cette marche est tout à fait progressive ; on y trouve les trois étapes de la paralysie générale, prodromes, période d'état avec troubles intellectuels et troubles physiques, enfin déchéance générale aboutissant à la mort.

Dans l'observation II, la maladie a présenté une évolution moins régulière. La période terminale a manqué. Mais en revanche, il y a eu des attaques congestives épileptiformes qui ont déterminé la mort. A certains égards, on pourrait assimiler ce fait à ceux qui ont été étudiés sous le nom de pseudo-paralysie générale alcoo-

©BIUM

lique. En effet, au bout d'un certain temps, il n'y eut plus ni délire, ni exaltation ; l'inégalité pupillaire disparut et la parole ne fut plus embarrassée. Mais l'assimilation n'est qu'incomplète, puisque le malade ne présentait pas de symptômes d'alcoolisme chronique proprement dit, et que sa rémission ne fut ni franche, ni de longue durée. Ajoutons une autre considération commune à nos observations, c'est que nos malades n'ont point présenté cette hébétude, cette sorte d'abrutissement qui est en quelque sorte, sous le rapport intellectuel, la caractéristique de la pseudo-paralysie générale alcoolique et de l'alcoolisme chronique en général.

Pour l'observation III, nous ne pouvons malheureusement donner une histoire complète du malade, ne l'ayant vu qu'en passant. Il présentait des signes d'alcoolisme chronique ; il avait du tremblement des doigts et l'inégalité pupillaire était analogue à celle qui a été signalée dans la pseudo-paralysie générale. Mais nous devons reconnaître qu'il s'agissait d'une véritable paralysie générale progressive, en tenant compte surtout de ce que nous avons dit en dernier lieu au sujet de l'observation précédente.

Les observations IV et V sont justiciables de remarques identiques à celles que nous venons de présenter. Pour ce motif, et en considérant aussi qu'elles ont moins d'importance que les précédentes, nous nous dispensons d'insister.

(*A suivre.*)

©BIUM

Archives cliniques

20

ASILE DE LESVELLEC. — M. LE Dr TAGUET

Un cas de folie religieuse à cinq.

SOMMAIRE. — Mère et quatre de ses enfants (deux filles et deux garçons). — Enfants d'une intelligence peu développée. — Exaltation religieuse. — Une des filles, hallucinée de la vue, est prise d'idées de possession démoniaque. — Elle est tuée par ses frères et sa sœur à l'aide d'un maillet. — Mort de l'aîné cinq jours après. — Continuation du délire mystique chez les survivants.

Au mois de novembre dernier, la famille J... se composait de la mère, de deux filles, de trois garçons, dont le plus jeune, élève au grand séminaire de Vannes, n'assistait pas au drame que nous allons décrire sommairement. Le père est mort, il y a quelques années, emporté par une apoplexie cérébrale ; un frère et ses deux enfants aliénés.

Élevés dans un milieu où les pratiques religieuses sont conservées dans toute leur intégrité, les enfants J..., d'une intelligence peu développée, ne tardèrent pas à tomber dans une piété exagérée, en même temps qu'ils devenaient la frayeur de leurs voisins par leur colère et leurs emportements. L'aîné de la famille, Ange, donna, le premier, les signes d'une véritable exaltation religieuse, négligeant son état de meunier, passant tout son temps en prières, ne prenant que très peu de nourriture. A leur tour, sa mère, son frère et sa sœur tombèrent dans les mêmes excès. Un de leurs voisins étant entré, un jour, au moulin, les avait trouvés tous les trois à genoux, la face contre terre ; Ange

©BIUM

s'était levé et l'avait obligé, sous peine de mort, à prier avec eux. On ajouta peu d'importance au danger que la famille J... faisait courir au voisinage, aussi put-elle continuer, sans être inquiétée, ses pratiques religieuses. Sur ces entrefaites arrive au moulin Esther, la plus jeune des filles J... qui venait de passer quelques semaines chez un de ses oncles. On l'aimait peu dans la famille, on l'accusait d'être jolie, coquette, d'être recherchée en mariage ; de là à la considérer comme un suppôt du démon il n'y avait qu'un pas, il fut vite franchi. Dès le lendemain de son retour, elle tombait elle-même dans le même état de mysticisme que son entourage. Ce fut elle qui, la première, vit la sainte Vierge, nous dit sa sœur aînée. Elle déclare bientôt qu'elle ne peut plus prier, qu'elle est possédée du démon. Dès ce moment, sa mort fut résolue par Ange qui, seul, semble avoir joué, ici, un rôle réellement actif. La nuit s'était passée en prières, il était près de sept heures du matin, lorsque Esther J... sur l'ordre de son frère, se mit à genoux, laissant tomber sa tête sur un banc. « Tu vas renoncer, disait Ange, au démon, à ses œuvres et à ses pompes. » « Tuez-moi, répondait la malheureuse fille, je mérite la mort. » Ange ordonna à sa sœur aînée d'aller chercher une de ces grosses épingles dont les femmes de la Bretagne attachent leurs fichus à la collerette, en même temps il mettait un maillet entre les mains de son frère. Après avoir mis deux clefs en croix sur la tempe gauche de la victime, qui ne faisait aucun mouvement, il donna l'ordre de frapper. La mort semble avoir été instantanée. Tous les trois s'acharnent sur le cadavre ; pendant que sa sœur lui traverse le cou, la cuisse, les pieds et les mains avec sa longue épingle, Ange pratique trois ouvertures avec un vilebrequin pour donner issue au démon.

La mère avait assisté en priant à cette scène sauvage;

©BIUM

tout à coup Ange et sa sœur s'étaient jetés sur elle pour l'étrangler, leur frère fut assez heureux pour leur faire lâcher prise. Aucun des deux n'a pu donner un mobile à leur tentative d'assassinat sur leur mère.

« Encore un peu de temps vous ne me verrez plus, encore un peu de temps et vous me reverrez, » avait dit Ange à son frère et à sa sœur, et il était sorti armé d'une hache. Il était entré dans la première maison qui s'était présentée à lui, avait obligé les habitants à se lever et pendant qu'ils priaient, à genoux, sous la hache qu'il brandissait sur leurs têtes, un enfant vint jeter l'alarme au village. Ange se laissa prendre sans opposer aucune résistance. Au même moment, le facteur de Mauron étant entré au moulin avait relevé la mère J... gisante près du feu ; dans une pièce voisine le frère et la sœur récitaient leur chapelet à haute voix.

Ange succombait cinq jours après à la prison de Ploërmel, pendant que son frère et sa sœur étaient séquestrés à l'asile des aliénés ; la mère, trop faible pour supporter le voyage, était restée sous la garde de son dernier fils, qui, nous l'avons dit, était absent au moment de ce drame.

Contrairement à ce qui se produit dans les autres formes de la folie, le délire des persécutions, par exemple, la perpétration du crime n'a amené aucune détente dans le délire de la fille J..., les hallucinations sont persistantes, la sainte Vierge continue à lui apparaître, à l'inspirer, à lui donner des ordres; elle lui a appris que sa sœur Esther est ressuscitée, elle-même lui avait apparu quelques instants après sa mort. Elle se montre gaie, satisfaite, n'exprime aucun regret. Cet état de béatitude, de calme disparaît tout à coup et la malade présente des accès d'agitation d'une violence excessive.

Chez son frère, au contraire, le délire est intermittent, il passe, parfois, plusieurs semaines dans un état de

©BIUM

calme parfait pendant lequel le drame, auquel il a pris part, se déroule devant ses yeux avec toutes ses horreurs ; il ne sait à quoi attribuer un délire qu'il n'aurait subi que pendant quelques heures. Cette accalmie passée, J..., cesse de s'occuper, se met à genoux dans tous les coins, la nuit on le trouve étendu sur le plancher, son chapelet roulé autour de son bras, bientôt il refuse toute alimentation et il faut le nourrir à la sonde. Il n'oppose à son introduction que peu de résistance, les yeux sont fixes et élevés vers le ciel, le mutisme est complet.

Cette observation est une nouvelle confirmation 1° de l'influence du milieu dans lequel on vit sur la production de la folie et plus spécialement du délire religieux ; aussi cette forme de délire est-elle très commune en Bretagne, où tout ce qui touche à la religion et à la superstition est poussé jusqu'à ses dernières limites : 2° de l'influence contagieuse du délire religieux pour peu qu'il existe une prédisposition héréditaire ; 3° de la transformation, chez le même sujet, du délire religieux avec ses béatitudes en démonomanie avec ses terreurs.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 28 MARS 1887

Présidence de M. MAGNAN.

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 Chaslin, ancien interne des hôpitaux, sollicitant le titre de membre titulaire. M. Chaslin envoie, à l'appui de sa candidature, sa thèse de doctorat : *Du rôle du rêve dans les délires*. — Commission : MM. Falret, Marcel Briand et Jules Voisin, rapporteur.

2° Une lettre de M. le Dr David G. Hall, assistant à l'asile de Northampton, Massachusetts (Etats-Unis), sollicitant le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Charpentier, Cotard et Rouillard, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° Le numéro de février du *Bulletin du manicôme privé* de Fleurent ;

2° Les *Annales médico-chirurgicales* du Dr Martineau.

M. LE PRÉSIDENT dépose sur le bureau au nom de M. Cullerre, membre correspondant de la Société, un volume intitulé : *Nervosisme et névrosés*.

Vice de conformation des organes génitaux.

M. MOREAU (de Tours). — Messieurs, à propos de la communication de M. Magnan sur deux cas de vice de conformation des organes génitaux, il m'a paru intéressant de rapprocher de ces faits une observation analogue

©BIUM

d'un individu qui avait été enfermé à Saint-Lazare comme prévenu de vagabondage, et de vous présenter un résumé succinct des notes prises par le Dr Costilhes, alors, médecin adjoint de la prison.

Estelle G... est âgée de douze ans : cette prétendue fille est l'aînée de quatre enfants, filles et garçons ; les parents avaient eu avant elle une fille, décédée peu de temps après sa naissance, qui, assurent-ils, portait la même conformation.

Lorsqu'on la découvre, elle a toute l'apparence d'un garçon, bien qu'elle ait toujours porté les vêtements d'une fille et qu'elle eût été déclarée comme telle à la mairie.

A l'examen on remarque :

1° Un pubis plat comme chez l'homme, recouvert de poils noirs, nombreux et longs.

2° Le bassin est plutôt étroit que développé, le ventre est dur et proéminent.

3° Un pénis parfaitement développé, sauf un hypospadias, et ayant la grosseur de la dernière phalange du doigt médius. Le gland, long d'un centimètre et demi, est à découvert avec couronne et prépuce très court ; on dirait d'un circoncis, cependant il peut être ramené sur le gland. Ce dernier est bien conformé, du reste, quant à sa face antérieure ; à la face inférieure et à son extrémité on remarque la fossette où s'ouvre ordinairement l'orifice externe de l'urèthre. Sur la longueur de cette face on distingue manifestement les vestiges du canal uréthral et les orifices obliques ou sinus de Morgagni, connu dans l'urèthre chez l'homme.

Le pénis est susceptible dans l'érection de prendre un développement double de l'état normal.

Couché, le pénis forme avec le ventre un angle obtus et est le siège de mouvements en avant et en haut, chaque fois que l'enfant fait un petit effort ou une contraction abdominale. Circonstance rare, car dans le cas d'hypospadias, le pénis a en général une direction opposée ; il se recourbe à la manière d'un clitoris développé, et forme en quelque sorte un opercule sur le méat urinaire.

4° Lorsqu'on ouvre les cuisses on ne voit pas de scrotum. C'est dans cette position qu'a été faite l'esquisse

©BIUM

que je fais passer sous vos yeux. On remarque alors une espèce de vulve ou plutôt une petite et mince lèvre, entièrement cutanée qui règne de chaque côté de la paroi supérieure du canal. Cette membrane, qui a son plus grand développement au niveau de la racine de la verge, et qui forme en cet endroit un pli prononcé, s'écarte de la ligne médiane à mesure qu'elle approche du méat urinaire, au-dessous duquel elle disparaît et se confond avec la peau du périnée.

Au-dessous de la racine de la verge, au niveau du bord inférieur du pubis, s'ouvre le méat urinaire. Cette ouverture, taillée en biseau de bas en haut, est légèrement froncée ; la muqueuse en est lisse et bien lubréfiée. Elle permet aisément l'introduction du petit doigt. Une sonde de femme, après un parcours de trois centimètres, pénètre dans la vessie.

5° Le toucher rectal permet de constater en avant, au niveau de la vessie, une petite tumeur allongée, de forme ovoïde, indolente que le doigt ne peut parfaitement limiter ; elle est située entre la vessie et le rectum. On ne sent aucun corps ovoïde ou arrondi dans les régions inguinales.

Il eût été intéressant de savoir ce que l'enfant pouvait au point de vue des appétits sexuels. Mais eu égard à son âge, il n'était pas possible de pousser bien loin les investigations, l'enfant, du reste, s'obstinant à garder un silence absolu à toutes les questions. Le père cependant avoue que son enfant paraît avoir une prédilection pour le sexe.

En résumé, ce fait présente un double intérêt : d'abord au point de vue psychologique, puis au point de vue légal, car Estelle G... paraît avoir été déclarée à tort comme fille, alors qu'un examen attentif lui rend sa qualité de garçon. Il y a donc eu fausse déclaration, il y a eu erreur à l'égard du sexe. C'est un garçon à qui il faudrait refaire un acte de naissance (1).

---

(1) Cette observation a été le point de départ d'une très intéressante discussion à la Société de médecine de la Seine.— Voy. *Revue médicale*, 15 octobre 1853.

©BIUM

Du délire chronique (suite).

M. MARCEL BRIAND. — Vous avez tous présente à l'esprit, Messieurs, la discussion qui s'est ouverte devant vous sur le délire chronique. J'en voudrais cependant vous rappeler les points principaux, pour éviter toute confusion. Il existe, nous a-t-on dit, une maladie mentale dont la tendance à la chronicité s'affirme par une évolution progressive, systématique, par la succession de quatre stades définis et apparaissant dans le même ordre. M. Gérente, dans sa thèse et dans son mémoire sur « l'évolution du délire dans la vésanie » (1), avait déjà attiré l'attention sur ce point de doctrine, qui n'est du reste que le reflet de l'enseignement de notre excellent maître M. Magnan; mais ces travaux n'ayant donné lieu à aucun débat contradictoire, M. Garnier a pensé qu'il était intéressant de vous soumettre la question et, la reprenant en sous-œuvre, il vous exposait que le délire chronique procède par quatre étapes :

« 1° Une première période dite d'incubation, pendant laquelle le malade 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° Une deuxième période constituée par une organisation de délire de persécution, où les idées maladives sans cesse alimentées par les troubles sensoriels, prennent corps, s'installent, se coordonnent, se systématisent;

3° Une 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. »

Vous connaissez les sentiments divers qui ont été exprimés à la suite de cette communication. Permettez-moi, à mon tour, Messieurs, de prendre part à la discussion et en intervertissant l'ordre chronologique des argu-

(1) *Archives et Neurologie*, 1883, nos 16 et 17.

©BIUM

mentations dont le discours de M. Garnier a été l'objet, pour vous rappeler d'abord l'opinion la plus opposée à notre manière de voir, l'opinion de M. Dagonet.

Bien que ce maître éclairé ne semble pas très convaincu de l'existence du délire chronique, il ne la nie cependant pas formellement ; nous devons lui en savoir gré, car son autorité n'aurait pas manqué de rendre notre tâche encore plus difficile; mais, comme il ne trouve aucune corrélation entre les idées hypocondriaques, les idées de persécution et les idées ambitieuses, il pense que le délire des persécutions, tel qu'il a été décrit par M. Lasègue, doit être considéré comme une entité morbide définie et complète, se terminant par la démence, sans traverser aucune phase ambitieuset Il en serait de même de la mégalomanie, qui, constituant aussi à elle seule une entité pathologique distincte, n'a besoin, pour éclore, d'avoir été préparée par aucune préoccupation délirante. A l'appui de son opinion, M. Dagonet fait intervenir l'observation de deux de ses malades : R... persécuté depuis vingt ans, « présenté dans plusieurs cliniques comme type de persécuté », et celle d'un autre individu, aujourd'hui guéri, persécuté aussi pendant plusieurs années, par un certain Michel. « Sauf la persuasion que les voix qu'il entendait étaient réelles, il ne conserve plus, nous dit-on, aucun symptôme de son ancien délire. »

Avant de passer aux autres objections de M. Dagonet, il me semble important de répondre tout d'abord à celles qu'il tire de l'examen de ces deux cas, en lui opposant précisément les mêmes malades dont il invoque l'histoire. Le hasard a fait que j'ai recueilli aussi l'observation de R... jusqu'au jour où celui-ci quittant le service de M. Magnan, dont j'étais alors l'interne, passa chez M. Ball avant d'être placé définitivement chez M. Dagonet. C'est cette circonstance qui a motivé mon intervention dans le débat, car je suis à même de répondre pièces en mains. Cela m'est d'autant plus facile, que j'ai retrouvé une nouvelle observation de ce même malade dans la thèse d'un des membres de notre Société, M. le Dr Régis. Pour ôter tout soupçon d'idées préconçues, je n'invoquerai pas l'observation

©BIUM

qui m'est personnelle et je vous donnerai lecture de celle de M. Régis qui la recueillait au point de vue d'une folie à deux dont M. et Mme Fr... étaient frappés.

M. R... est âgé actuellement de cinquante-quatre ans. Il est né à N... Son père était un soldat du premier empire, fait prisonnier en 1812 pendant la campagne de Russie, et transporté en Sibérie où il eut beaucoup à souffrir du froid et des privations. Revenu d'exil, il se maria peu après, et eut deux enfants, M. R... notre malade né en 1825, et un frère de notre malade, aujourd'hui commissaire-priseur à N... né en 1828.

Les fatigues, la misère, le désespoir, et surtout les rigueurs d'un long exil, avaient agi sur l'esprit du soldat; la chute de l'empire et les événements dramatiques qui suivirent l'assombrirent davantage encore; il devint triste, méfiant, ombrageux, et, vers la fin de sa vie, fut en butte à des idées de persécution qui dégénérèrent bientôt en un véritable délire. Il mourut à l'âge de quatre-vingt-deux ans.

Son unique frère était mort du choléra en 1832.

La mère du malade était d'un tempérament faible et délicat; à la suite d'une couche malheureuse, elle tomba malade et resta souffrante pendant vingt-cinq ou trente ans; son intelligence s'était affaiblie en même temps que son corps. Elle mourut en 1858, à l'âge de soixante-dix ans, sans avoir jamais perdu complètement la tête. Le frère du malade ne jouit pas non plus d'une excellente santé. Il a eu la fièvre typhoïde et souffre de la pierre depuis de longues années. A l'époque de la guerre, il a eu un accès de délire. Il habite N... sa ville natale.

M. R..., notre malade, tient de sa mère; il est blond comme elle, il en a le tempérament lymphatique et délicat; jusqu'à l'âge de sept ans, il est resté presque constamment au lit, malgré qu'on l'eût envoyé à la campagne pour le fortifier; il a eu le croup dans son enfance; tous les hivers il avait des engelures tellement fortes qu'elles s'ulcéraient profondément, laissant les os à découvert. D'une intelligence au-dessus de la moyenne, et doué d'aptitudes diverses, M. R... a manifesté, dès le début, un caractère triste, concentré, réfléchi; il prenait à peine part aux jeux de ses camarades; s'isolant d'eux, se complaisant dans la solitude, il n'avait guère qu'une préoccupation, sa santé. Déjà au collège, tourmenté par ses engelures, il compulsait tous les journaux pour y trouver des indications de traitement, qu'il mettait aussitôt en usage. A l'heure actuelle, il nous raconte que l'eau de Goulard qu'il a employée en excès dans sa jeunesse contre les engelures, l'a empoisonné et que c'est là le point de départ de ses souffrances physiques, des maladies dont il souffre encore. L'oxyde de plomb péné-

©BIUM

trait par les ulcères et s'est répandu dans le sang qu'il a altéré pour jamais.

Au sortir du collège et avec des dispositions hypochondriaques aussi accusées, M. R... était évidemment incapable d'embrasser avec ardeur une carrière quelconque; il s'occupa de divers métiers, fit de la peinture, de la photographie, travaillant peu, beaucoup ou point, suivant l'état mental du moment; toujours triste, concentré, réservé, sortant à peine et ne voyant personne. A l'âge de vingt-sept ans, cependant, il fit la connaissance de M^lle^ X..., aujourd'hui sa femme, avec laquelle il ne tarda pas à se lier.

Ils sympathisèrent presque aussitôt, l'un était maladif, concentré, mélancolique, hypochondriaque, aimant l'inaction, le repos, les petits soins; l'autre était robuste, active, alerte, enjouée; ce contraste plaisait à M. R... Il ne fut d'abord nullement question de mariage entre eux ; ils se lièrent à l'amiable, et ce n'est que depuis peu de temps qu'ils ont fait donner à leur union la sanction légale. Au bout de quelque temps, le séjour de N... déplaisant à M. Fr... ; il eut l'idée de venir à Paris pour y exercer la profession de photographe; il n'eût aucune peine à décider sa maîtresse à le suivre. Elle laissa sa cousine à N...

A partir de ce moment, leur vie devint commune, ils ne se quittèrent plus d'un instant, M. R... n'aimait que son chez lui; il sortait à peine, ne voyait personne et vivait dans un tête-à-tête perpétuel avec sa femme. Cela ne les empêchait pas de s'entendre; au contraire ils s'aimaient chaque jour davantage, leurs caractères semblaient faits pour se compléter l'un l'autre. Ils partageaient les mêmes idées, les mêmes sentiments sur tous les points; leurs occupations étaient les mêmes; les joies et les peines leur étaient communes ; ils ne se quittaient jamais; on pourrait dire qu'ils agissaient, qu'ils pensaient de la même façon. L'un était-il plus intelligent que l'autre, le dominait-il, pesait-il sur ses actes, sur ses décisions, sur ses pensées? Quel était le maître? A cette question, bien des fois posée, aussi adroitement que possible, aucun des deux n'a répondu d'une manière affirmative. Ils ne savent pas, il n'y avait pas de maître, ils n'ont jamais pensé à ça; ce que l'un voulait, l'autre le voulait aussitôt, ou plutôt ils le voulaient en même temps.

En 1859, ils se rendent en Angleterre, où M. R... veut faire de la photographie; ils y restent environ six mois. L'entreprise ne réussit pas, M. R... est souffrant; ils reviennent à Paris, les idées un peu tournées au noir.

En 1866, nouvelle perte d'argent, cette fois plus considérable, qu'ils chiffrent tous deux à 30,000 francs environ, c'est-

©BIUM

à-dire toute leur fortune. Recrudescence de tristesse chez tous deux. Les voilà désormais à point, en état de réceptivité, mûrs pour la folie, qui va trouver un terrain tout préparé, et pourra se développer à l'aise.

Bientôt en effet les idées erronées surviennent ; ils se croient persécutés.

Qu'on nous permette de remonter à l'origine du délire, de marquer les étapes, les phases diverses; on verra comme tout est logique, comme tout s'enchaîne, comme tout grossit peu à peu, enfin et comment les malades se laissent glisser tous deux sur cette pente de la folie, progressivement, simultanément, en se tenant pour ainsi dire par la main.

M. et Mme R..., tristes tous deux, découragés par leur insuccès et la perte de leur fortue, en étaient arrivés à se demander quelle était la cause de leur revers, à quoi ils pouvaient l'attribuer. Survient une querelle entre concierge et locataires, leurs voisins; c'en est assez, ce sera là le point de départ de leur délire, le fondement bien fragile sur lequel ils vont étayer l'édifice de leurs conceptions délirantes. Remarquons à ce propos qu'il n'est point rare, qu'il est même très fréquent de voir les voisins et les concierges jouer un rôle important dans le dramatique délire des persécutés; nous avons eu bien des fois l'occasion de constater ce fait.

Voici ce qui s'était passé dans la maison qu'ils habitaient. Un jour, une de leurs voisines, une femme publique du nom de Gabrielle, avait réuni deux de ses amies, et toutes trois s'étaient assises complètement nues sur le palier ; M. et Mme R... étaient sortis en promenade. Une locataire de la maison, du nom de Léopoldine, témoin de cette scène scandaleuse, était allée en cachette prévenir le concierge, qui, au nom de la morale et de ses hautes fonctions dans la maison, avait vertement reprimandé les coupables et les avait fait rentrer dans l'ordre. Mais voici que ces trois femmes, dépitées et ignorant l'absence de M. et Mme R..., s'imaginent que ce sont eux qui les ont dénoncées au concierge. A partir de ce moment, elles s'acharnent contre le pauvre couple, lui font mille tracasseries, et s'ingénient à lui créer des embarras; tantôt ce sont des cancans, de mauvais bruits qu'elles font courir sur son compte; monsieur est ci, madame est ça; tantôt on en vient aux actes. Ce sont des morceaux de bois, de la ferraille, de vieilles chaussures qu'on échelonne sur l'escalier pour faire tomber madame; tantôt, c'est du bruit, du vacarme qu'on fait la nuit pour empêcher monsieur de dormir. Les pauvres gens ne savent que penser, ils ne comprennent rien à ces persécutions; enfin, Léopoldine, prise de remords, leur vient avouer qu'on les accuse à sa place, et qu'on les tient pour les dénonciateurs. Ils veulent

©BIUM

prouver leur innocence, peine perdue! La persécution a déjà pris des proportions plus grandes. Le concierge est contre eux, Léopoldine est du complot, on a séduit un employé des postes qui se met de la partie, les tracasseries deviennent intolérables, on chuchote dans la rue, on les insulte ouvertement; madame est une femme publique, monsieur un calomniateur, un misérable; ils ne peuvent ni dormir, ni s'occuper. On ameute tout le quartier contre eux, on les regarde de travers; on fait circuler dans les environs une pétition tendant à les chasser de la maison, ils ont vu tous deux le brocanteur qui la signait. Le concierge et l'employé des postes sont des francs-maçons; ils les calomnient près de leurs frères qu'ils décident à intervenir; voilà la franc-maçonnerie tout entière à leurs trousses :

« Il y a eu, disent les malades, deux congrès de francs-maçons, l'un tenu à Versailles, l'autre à Paris; on s'est occupé de nous dans ces deux assemblées. » Ce n'est point tout; le concierge les dénonce à la police, et celle-ci entre à son tour en scène. C'en est fait : ils n'y peuvent plus tenir, ils vont changer de domicile pour se soustraire à ces poursuites. Mais au moment du départ, le concierge est là qui leur dit à tous deux en ricanant : « Vous avez beau faire, la franc-maçonnerie vous poursuivra jusqu'à ce que vous soyez réduits à la misère, au désespoir et au suicide. » Les deux malades interrogés séparément, répètent tous deux et mot pour mot cette phrase. Ici commence une véritable course au clocher. Le malheureux couple va et vient de logement en logement, de la rue Saint-Honoré aux Ternes, des Ternes aux Batignolles, etc., pour se soustraire aux insultes et aux tourments de ses persécuteurs. Vains efforts! La menace du concierge est toujours là comme une épée de Damoclès suspendue sur leur tête; elle les suit partout, ils la commentent, ils se la disent avec effroi, et elle se réalise sans cesse! Enfin, ils se décident à se plaindre; c'est le mari qui prend la plume et se fait l'écho des injures et des tourments subis ensemble, la femme est là, le conseillant, l'approuvant, l'encourageant; mais *déjà les idées orgueilleuses* commencent à germer dans les deux têtes; *ils se demandent qui ils sont pour qu'on les persécute ainsi*; sur ce terrain, ils en arrivent bientôt *à se croire des personnages*; aussi s'adressent-ils successivement pour porter plainte, au commissaire, au préfet, au procureur, aux ministres, au président de la République, gravissant chaque fois un échelon de plus, se donnant chaque jour une importance plus grande. On leur en veut parce qu'ils sont au-dessus des autres, qu'ils ont des idées, des projets, des combinaisons qui feraient leur fortune et celle de la France : on les empêche de travailler pour la prospérité publique. Aussi, aux plaintes se mêlent bientôt les plans de conceptions gigantesques qu'ils

©BIUM

envoient aux ministres, aux Chambres, etc. Ici. M. R... prend la part la plus active; sa femme le conseille, mais c'est lui qui écrit. Il traite la question des omnibus couverts, la question des cimetières, celles des égouts, d'un grand boulevard d'enceinte, de l'Exposition universelle avec bâtiments permanents; celle de la Seine avec canaux de dérivation, celle des chemins de fer suburbains, des hôpitaux, des maisons de santé, de la bibliothèque nationale, etc; il est en relations d'affaires avec les puissances étrangères; c'est lui qui a empêché la guerre d'éclater il y a cinq ans. La femme est là, partageant ses idées, le soutenant, croyant à tout, approuvant et développant ses projets les plus orgueilleux et les plus insensés; finalement une de ces lettres, adressée au procureur, amène M. R... devant le commissaire de police, et de là à l'asile Sainte-Anne, où il entre le 13 septembre 1879.

Pouvez-vous nier, Messieurs, qu'il s'agisse là d'un délire chronique tel que nous le concevons? — Vous y voyez R... — préoccupé dès le collège, s'isolant de ses camarades, se concentrant en lui-même, se complaisant dans la solitude et n'ayant de préoccupations que pour sa santé; plus tard il se montre persécuté autant qu'on peut l'être, puis orgueilleux, ambitieux, mégalomane, si vous le voulez, s'abouchant avec les ministres pour leur communiquer ses inventions, en relations diplomatiques avec les puissances étrangères, empêchant, par sa seule influence, une guerre dont nous étions menacés, etc... Que voulez-vous de plus? — Pour nous, l'observation est concluante; il n'est pas possible d'imaginer un délirant chronique plus complet. M. Magnan, dans le certificat immédiat de R..., le caractérisant d'ailleurs textuellement ainsi : « *Délire chronique* avec idées de persécutions et idées ambitieuses: on l'injurie, il y a un complot contre lui; la franc-maçonnerie le poursuit; il a un nouveau mécanisme merveilleux qui produira des milliards ; inventions nombreuses. » Un mot encore et j'aurai fini avec ce malade : M. Régis (1) le qualifie d'*hypochondriaque, persécuté, mégalomane incurable.* Nous n'en demandons pas davantage, c'est ce que nous appelons, nous, un *délirant chronique*.

Examinons maintenant l'autre malade que M. Dagonet

(1) *Folie à deux*, 1880, page 68.

©BIUM

nous oppose. Je n'ai malheureusement pas son observation complète, je le connais seulement par ce qu'on nous a dit de lui : X... est un homme qui, ayant été souillé par un individu du nom de Michel et croyant entendre des gens qui l'appelaient « sodomiste », a tué, à coups de revolver, un homme qu'il soupçonnait de l'avoir injurié..... Après une longue séquestration, il est remis en liberté. « Mais, nous dit M. Dagonet, la vie du dehors ne lui convenant pas, il a demandé à rentrer dans mon service. *Sauf la persuasion qu'il a que les voix qu'il entendait étaient réelles, il ne conserve plus aucun symptôme de son délire. Il n'a pas la moindre idée ambitieuse, c'est un homme modeste et vivant sobrement, bon travailleur, excellent expéditionnaire, qui peut être considéré comme guéri sans avoir passé par la période ambitieuse.* » Ne vous semble-t-il pas, Messieurs, que c'est aller un peu loin que de nous affirmer la guérison de X... Pour ma part, je serai moins optimiste, je me sens plus volontiers disposé à lui accorder seulement le bénéfice d'une amélioration, peut-être même celle-ci ne sera-t-elle que passagère. D'ailleurs, pourrions-nous objecter, si M. Dagonet demeure si convaincu qu'il le paraît de la guérison complète de son malade, pourquoi l'a-t-il reçu dans son service? — M. Dagonet, sans aucun doute, l'a repris, parce que le jour où X... est venu lui, demander à revenir, il était inquiet, préoccupé, triste, malade, en un mot, ou tout au moins prêt à retomber. Peut-être cette mesure de prudence a-t-elle épargné au malade de nouvelles victimes? En admettant même une guérison momentanée, on ne saurait donc nous refuser le bénéfice des réserves que je formule pour l'avenir.

Ne croyez cependant pas, Messieurs, que les observations des *délirants chroniques*, n'ayant jamais passé par les idées ambitieuses, soient difficiles à trouver. Il en existe beaucoup et chacun de nous en a des exemples présents à l'esprit; mais vous reconnaîtrez au moins que, chez tous ces malades, l'affection a débuté par la phase d'inquiétudes et de préoccupations vagues sur laquelle M. Garnier a attiré votre attention. Tout le monde admet ce début. Si ces aliénés ne sont point arrivés à leur période de systématisation orgueilleuse que nous revendiquons pour eux, c'est que la mort les

©BIUM

a surpris avant la maturité de leur délire, ou bien qu'ils ont guéri avant sa complète évolution ; car, il faut bien le reconnaître, la guérison s'observe quelquefois.

M. Dagonet, faisant aussi intervenir dans sa thèse en faveur de la mégalomanie considérée comme entité morbide, le résultat de recherches bibliographiques très complètes, invoque en les termes suivants l'opinion de M. Foville dont on cherche à nous opposer l'autorité : « M. Foville, après avoir rappelé douze observations de mégalomanes, constate que dans neuf cas sur douze, c'est-à-dire dans les trois quarts des observations, si 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..... » Nous nous garderons bien de récuser ce témoignage, car il contient l'énoncé d'un fait que les défenseurs du délire chronique veulent démontrer. Notre phase de persécutions n'est autre chose que votre lypémanie et, si M. Foville, avec ses connaissances cliniques étendues, n'a, sur douze mégalomanes, trouvé que neuf persécutés, c'est que les trois autres appartenaient à une catégorie d'aliénés autre que celle qui nous occupe; peut-être à une certaine classe de *persécutés persécuteurs* qu'il ne faut pas confondre avec les délirants chroniques vrais, car ils appartiennent au groupe des *héréditaires dégénérés?*

Chacun sait, Messieurs, que l'hystérie peut revêtir l'aspect d'une foule de formes pathologiques susceptibles d'en imposer aux plus clairvoyants, si les apparences protéiformes de cette névrose ne nous avaient été dénoncées. De même, peut-on dire, la dégénérescence héréditaire constitue un terrain favorable au développement rapide de presque toutes les formes délirantes de la folie : chez le dégénéré, la mégalomanie d'emblée n'est pas rare, pas plus que ces bouffées de délire de persécutions sans consistance que chacun a pu observer, véritables feux de paille, remplacées bientôt par un autre délire. Il semblerait, pour ainsi dire, que chez ces malades, le délire chronique prend une forme galopante, si les deux qualificatifs ne juraient de se voir accolés. Sauf la période de démence, rien ne leur manque : Ils sont d'abord inquiets, empoisonnés, tourmentés, en arrivent

©BIUM

bientôt à un état de satisfaction outrecuidante, et cela en quelques mois; enfin tout disparaît comme par enchantement. Loin de nous la pensée de les englober dans le délire chronique. A côté de ceux-là il s'en trouve encore d'autres, M. Falret ne me contredira pas, car je retrouve le reflet de cette opinion dans la thèse d'un de ses élèves, M. Potier ; il s'en trouve d'autres, dis-je, présentant aussi les caractères des aliénés héréditaires, très proches parents des fous raisonnants et dont le délire se particularise par la ténacité et l'acharnement qu'ils mettent à poursuivre ceux dont ils se croient les victimes ; ils sont plus dangereux que les persécutés ordinaires et diffèrent d'eux par l'absence d'hallucinations. Pas plus que les précédents, on ne doit les considérer comme des délirants chroniques.

Est-ce à dire pour cela que le véritable délirant chronique laissera tranquilles ceux qu'il accuse de le tourmenter? — Evidemment non. — M. Garnier n'a jamais eu cette pensée. En distinguant une classe de persécutés persécuteurs, loin d'avoir fait une distinction subtile ou de s'être contredit, ainsi que l'en accuse M. Dagonet, il n'a donc, au contraire, que constaté une fois de plus un fait clinique vrai, saillant, destiné à devenir classique, s'il ne l'est déjà. Enfin, il est une autre question à laquelle je réponds, avant d'envisager les argumentations d'un autre ordre qui vous ont été développées par M. Falret. — Est-ce un délirant chronique, demande M. Dagonet en parlant de ce mégalomane observé par lui et par M. Christian, à l'asile de Stephansfeld, et dont il vous a résumé l'observation? — Puisque la mégalomanie n'existe plus, comment désigner une pareille forme d'aliénation? « ..... Ses accès faisaient explosion tous les deux ou trois ans. Pris brusquement de ses idées de Grandeur sans autre période d'incubation, M. G. 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'ordre de l'Immortelle, qu'il avait créé, 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

©BIUM

l'accès était complète, quand la dernière immortelle avait disparu. 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 ».

— Nous n'hésitons pas à répondre : non. M. G. n'est point un délirant chronique ; mais il est facile, d'après les quelques lignes d'observation qui précèdent, de soupçonner à quelle forme de folie appartient son aliénation. M. Dagonet le dit lui-même, c'est un fou intermittent à forme ambitieuse; on peut même ajouter que ce malade est vraisemblablement un héréditaire. Son histoire ne saurait donc être invoquée comme un argument à nous opposer.

Je vais essayer maintenant de répondre aux observations de M. Falret.

M. Falret nous apprend qu'il a l'habitude, dans ses leçons, de décrire le délire des persécutions comme une espèce nosologique distincte, divisée en quatre périodes successives, correspondant à peu près à celles que nous attribuons au délire chronique ; mais, tout en reconnaissant que, dans des cas très nombreux, le délire des grandeurs vient s'ajouter aux idées de persécutions, il ne croit pas que cette transformation constitue une règle fixe. De plus, il estime que le délire ambitieux est un délire surajouté ne faisant disparaître ni les idées de persécutions anciennes, ni les hallucinations, et venant pour ainsi dire compléter le tableau clinique en l'augmentant d'une teinte nouvelle qui n'en change pas l'aspect général. Je laisse de côté, pour le moment du moins, son observation relative à la démence, laquelle ne serait pas aussi complète que le mot l'indique; mais je me hâte de constater, non sans une grande satisfaction, que M. Falret accepte volontiers le délire chronique dans son ensemble. Ce savant maître est d'accord avec nous sur la description générale de cet état mental et même sur son évolution, sauf quelques différences de détails. Il devient donc inutile de s'appesantir sur les nuances qui nous divisent, la discussion y perdrait de sa clarté; j'aborde les points principaux de son discours.

Il est possible que la transformation du délire des

©BIUM

persécutions en délire des grandeurs ne soit pas rigoureusement constante. Je vous ai dit plus haut, que nous admettions que la maladie puisse, dans de rares circonstances, s'arrêter en route. Pour nous, la transformation est la règle, mais quelle est la règle qui ne comporte des exceptions? Peu importe du reste qu'elle soit absolue. Le délire chronique, tel qu'il nous a été décrit, n'en est pas moins un fait qui s'impose. En pathologie on ne saurait avoir la prétention d'exiger toutes les rigueurs d'une conséquence mathématique. Ce qu'a voulu indiquer M. Magnan dans sa conception du délire chronique, c'est la marche envahissante de cette exagération du Moi, commençant par une simple préoccupation à laquelle se substitue une idée de persécution, qui déjà implique en elle-même un sentiment de supériorité, et se couronnant enfin d'une auréole de divagations orgueilleuses pour aboutir à la démence. C'est le lien commun unissant ces différentes phases, que M. Garnier a essayé de renouer devant vous par un appel aux souvenirs cliniques de chacun. Mais de ce que la maladie s'arrête dans son évolution, faut-il la nier, puisque, le plus souvent, elle suit la marche dont les grandes lignes viennent d'être esquissées ? — C'est par un aperçu général que nous aurions voulu vous convaincre de la justesse de notre cause, tout en réservant les questions de détails sur lesquelles nous nous mettrons facilement d'accord. Il sera, en effet, possible de déterminer un jour le nombre des cas où la maladie avorte, mais il faut attendre pour cela le résultat de la statistique; elle seule nous donnera la proportion exacte des délirants persécutés arrivant suivant la règle à l'idée ambitieuse; par elle, nous saurons aussi dans quelles conditions le malade, encore à sa période de concentration, avant l'éclosion du délire, pourra espérer d'être arraché à l'évolution de sa folie, car il ne faut pas ignorer qu'à cette première période le délire chronique est souvent curable.

Nous commettrions une erreur clinique si nous pensions, suivant la crainte exprimée par M. Falret, que les idées de persécutions disparaissent tout à coup à partir du jour où éclate le délire ambitieux. M. Magnan, dans sa division en quatre périodes, a désigné chaque étape par son symptôme prédominant, sans vouloir

©BIUM

entendre par là que le malade n'est plus hypocondriaque à partir du jour où surgissent ses premières idées de persécutions, ni que l'ambitieux doive oublier ses persécutions. Aussi M. Falret a-t-il raison de dire que le délire ambitieux n'est qu'un délire surajouté, éclipsant l'autre sans nécessairement l'effacer.

Il est enfin un autre point dont je ne veux pas négliger de vous entretenir : Le savant maître de la Salpêtrière nous a dit encore que, si l'intelligence des persécutés arrivés à leur dernière période s'affaiblissait lentement, toutefois cette phase ultime du délire chronique ne devait pas être assimilée à une véritable démence. Mon ami, M. Garnier, a déjà répondu à l'objection : il s'est défendu, avec raison, d'avoir jamais voulu confondre cet état d'affaissement intellectuel avec la démence organique vraie. Pour ma part, j'y verrais volontiers un affaiblissement se traduisant surtout par une certaine lenteur et une certaine incoordination dans les idées de sorte que que les malades, au lieu de raisonner à peu près sainement, comme autrefois, sur tous les points qui ne touchent pas à leur délire, ne peuvent plus guère soutenir de conversations sur des faits généraux. Mais en revanche, on doit l'avouer, ils conservent très longtemps une certaine aptitude à défendre leurs conceptions erronées et, comme ils appliquent ce qui leur reste d'intelligence à maintenir l'échafaudage de celles-ci, ils peuvent encore en imposer. Sous ces réserves, je vous prie de vouloir bien conserver le mot démence, car c'est lui qui, à défaut d'autre terme, exprime encore le mieux l'état auquel je viens de faire allusion.

Vous le voyez, Messieurs, malgré les critiques dont il a été l'objet, le délire chronique est encore debout. Pouvait-il en être autrement? Pour ma part, je ne le crois pas, car sa symptomatologie repose sur des faits exacts, observés avec toute la rigueur scientifique désirable. Il me serait facile d'en apporter ici beaucoup, mais leur fastidieuse énumération, outre qu'elle aurait l'inconvénient d'abuser de votre attention, déjà depuis trop longtemps retenue, n'ajouterait aucun élément nouveau à la discussion. Je ne puis cependant résister au désir de résumer une observation qui semble, au premier abord, donner raison à nos adversaires.

©BIUM

Mme B..., âgée de soixante-onze ans, est persécutée depuis 1848 ; déjà, cependant, avant cette époque, elle avait un caractère inquiet, défiant et ombrageux. Ses ennemis ont poussé l'audace jusqu'à empoisonner sa fille, qu'ils ont fait mourir enflée, à l'âge de dix-sept ans. Il n'est pas de misères dont elle n'ait été la victime, avec son mari. Comme Mme B... n'émet, si on ne l'y pousse, aucune conception ambitieuse, elle est donc, à première vue, en contradiction avec notre doctrine. Mais si l'on fouille avec soin dans son délire, si l'on scrute toutes ses pensées, on finit par arracher à la malade que c'est sa sœur qui, de tout temps, a organisé des complots contre elle, son mari et sa fille. Mme B... est restée bien longtemps sans savoir pourquoi on la tourmentait ainsi. C'est depuis peu qu'elle commence à comprendre tout l'intérêt que cette sœur pouvait bien avoir à la faire disparaître, en la persécutant par l'intermédiaire des gens salariés : elles ont un oncle dont la fortune doit s'élever à plus de 600,000 francs, sans compter les intérêts capitalisés depuis plusieurs années. C'est évidemment cet héritage que convoitait la sœur.

Ne semblerait-il pas, d'après cet exemple et beaucoup d'autres, il faut bien le dire, que le délire chronique soit la conséquence fatale d'une logique mal appliquée? — Toutes les conceptions délirantes ont pour point de départ un substratum somatique manifeste : dans la période prémonitoire, les malades ont de l'angoisse, de l'inappétence, se plaignent de douleurs de tête vagues, ils ont de l'embarras gastrique plus ou moins prononcé, ils sont en proie à un mouvement fébrile mal défini ; voilà pour l'état physique. C'est l'imagination qui fera les frais du délire. Si nous n'oublions pas que nous sommes sur un terrain propice, nous n'aurons pas lieu d'être surpris des suites de l'aventure : — Je ne me sens pas à l'aise, dira le futur délirant chronique ; — c'est que sans doute, pensera-t-il plus tard, on m'a rendu malade ; alors on m'en veut. — Je suis donc quelqu'un pour qu'on me tourmente ainsi? ajoutera-t-il avec orgueil, et il finira par se donner à lui-même une identité nouvelle. Puis, dans la suite, son intelligence s'usant, en quelque sorte, à tourner dans le même cercle, l'idée délirante s'atténuera

©BIUM

et il ne restera plus de toute cette logique apparente qu'un état plus ou moins accusé de démence.

Le délire chronique essentiel n'est pas, Messieurs, la seule forme délirante à marche chronique dont l'exemple nous soit fourni par la médecine mentale ; il ne constitue donc pas une loi évolutive nouvelle en psychiatrie. Vous vous rappelez encore l'intéressante communication de M. Cotard sur le délire des négations, et l'instructive discussion à laquelle elle a donné lieu. N'êtes-vous pas frappés de la grande analogie de marche des deux affections ? — Leur point de départ est commun : notre délirant et le mélancolique de M. Cotard sont deux prédisposés ; leur folie débute par une même phase d'hypocondrie morale, mais comme ils réagissent chacun à leur manière, ils ne tardent pas à prendre une route différente ; et tandis que l'un, s'exagérant sa valeur, rapporte tout à lui-même pour devenir un centre autour duquel le monde social tournera, vous avez vu l'autre se jugeant incapable, indigne, s'accuser lui-même, loin d'accuser personne, et, après avoir douté de sa propre existence, en arriver à la nier formellement. Les deux maladies marchent, en quelque sorte, vers l'antipode l'une de l'autre. Il n'y a certainement pas lieu de les confondre, mais il m'a paru opportun de les comparer pour vous donner une nouvelle preuve que la conception de la marche du délire chronique n'est pas une invention clinique. L'idée de ce rapprochement était, d'ailleurs, si naturelle, que M. Cotard termine son mémoire (1) par un tableau synoptique, résumant le parallèle entre le *délire des négations* et le *délire des persécutions* qui, pour nous, n'est autre chose que le *délire chronique*.

Il est un autre reproche auquel il serait exagéré d'attacher de l'importance, car il a trait à une question de forme sans retentissement sur le fond même de la discussion. On semble vraiment nous chercher même une querelle de mots. L'expression *délire chronique* n'est pas claire, nous dit-on ; plusieurs délires peuvent être chroniques sans constituer d'entité morbide, d'où confusion. — Si votre adhésion, Messieurs, nous est acquise, à

(1) *Archives de Neurologie*, 1882, nos 11 et 12.

©BIUM

la condition de changer d'étiquette, nous vous comptons déjà parmi nos défenseurs ; qu'importe le flacon ! nous acceptons d'avance une nouvelle appellation pourvu, toutefois, qu'elle ait au moins l'avantage d'être plus rigoureuse. Mais alors je plaiderai les circonstances atténuantes en vous rappelant tout d'abord que d'autres maladies sont désignées par un terme moins heureux encore (exemple : la paralysie générale) ; et si vous êtes désireux de connaître au moins les motifs déterminants du choix de l'expression « *Délire chronique* », j'ajouterai qu'elle est due aux deux manifestations les plus éclatantes de l'affection : l'état délirant du sujet et le caractère de chronicité du délire. N'est-ce pas suffisant ? Et n'est-il pas exagéré de prétendre qu'on doive donner dans une dénomination toute l'histoire d'un état pathologique ? M. Garnier a déjà fait de larges concessions sur ce point, il propose le terme de *Psychose systématique progressive*. Malheureusement cette expression nouvelle ne nous apprend pas grand' chose de plus que l'ancienne et, outre que plusieurs autres psychoses se systématisent progressivement, on pourrait encore lui reprocher de s'appliquer également au délire des négations qui, lui aussi, est un psychose progressive. *Délire chronique ambitieux* ou mieux *expansif* que je vous propose, à mon tour, est une expression ayant peut-être l'avantage de conserver l'ancienne sous laquelle l'état maladif est déjà connu et de la compléter par un qualificatif qui permet une distinction avec toutes les formes dépressives de la folie mélancolique.

M. Cotard. — Messieurs, je ne crois pas m'écarter du sujet de la présente discussion en laissant de côté les généralités pour aborder l'étude de quelques points de détail. Je voudrais appeler l'attention sur les idées délirantes, considérées en elles-mêmes, et sur leurs caractères particuliers.

C'est un lieu commun de n'attribuer qu'une importance minime à la formule sous laquelle se présente le délire ; on se borne à qualifier celui-ci de dépressif, d'expansif, d'ambitieux, etc., on note son degré de cohérence ou de systématisation et on attribue au milieu, aux habitudes, aux idées régnantes, le caractère particulier des conceptions. On dit, par exemple, que tel malade

©BIUM

persécuté par la police se serait cru damné s'il avait vécu il y a quelques siècles.

Je crois que cette manière de procéder dans l'observation des malades est beaucoup trop simple.

Prenons pour exemple les idées de grandeur.

Depuis les excellents travaux de mon savant maître M. Falret, depuis le mémoire classique de M. Foville, nous savons distinguer le délire ambitieux des paralytiques de celui des persécutés ; mais encore est-ce d'après les caractères généraux du délire, mobile, multiple, absurde et contradictoire chez les uns, cohérent et systématisé chez les autres, bien plus que par les idées elles-mêmes, que nous avons appris à poser le diagnostic.

Et cependant, si un malade nous dit qu'il va entrer à l'Opéra comme chanteur, s'il se vante de sa force et de ses talents, s'il fait des projets gigantesques, s'il prétend guérir les malades et ressusciter les morts, nous pouvons presque affirmer sans autre examen que ce malade n'est pas un persécuté mégalomane. C'est un paralytique, peut-être un circulaire, ce n'est pas, je le répète, un halluciné chronique.

Si nous examinons un autre malade et que celui-ci, dans le courant de la conversation, nous avoue confidentiellement qu'il est l'héritier légitime des Bourbons et qu'il est appelé à monter sur le trône de France, il est probable, si nous l'interrogeons adroitement, qu'il ne tardera pas à ajouter que ses ennemis le maintiennent dans une maison de santé où ils lui font subir mille tortures.

En dehors de l'incohérence et de la systématisation du délire des grandeurs, il y a donc d'autres caractères particuliers que l'habitude clinique nous fait sentir confusément, mais qui n'ont pas été dégagés, isolés par l'analyse.

Un de ces caractères me paraît fourni, chez les paralytiques et les excités maniaques, par la prépondérance des idées de force, de capacité, de talent, de puissance. Le malade ne doute ni n'hésite, tout lui est facile, jamais il ne se décourage, jamais l'idée d'un échec ou d'un insuccès ne se présente à son esprit. Un paralytique convaincu qu'il est capable de voler comme un

©BIUM

oiseau se précipite par une fenêtre ; l'absurde ne l'arrête pas, il est tout-puissant.

Il semble que le délire se soit développé sur un état maladif des centres moteurs ou volitionnels. Le malade est d'une activité exubérante, il est toujours en mouvement, parle sans cesse, ne connaît ni le repos ni la fatigue. Il y a là une maladie de la volonté, aussi bien que dans l'aboulie; c'est, qu'on me passe l'expression, une hyperboulie.

Il y a lésion de la volonté dans les deux cas, comme il y a lésion de la sensibilité dans l'hyperesthésie aussi bien que dans l'anesthésie.

Un parallèle entre ces deux états morbides de la volonté nous montre un contraste parfait bien visible chez les circulaires, où ils sont en quelque sorte complémentaires et se succèdent régulièrement.

De même qu'il y a un délire mélancolique d'incapacité et d'impuissance, il y a un délire de capacité et de puissance qui constitue une variété spéciale de délire ambitieux.

Les hallucinations ne paraissent contribuer en rien à l'évolution de cette forme de délire, et c'est là, suivant moi, une différence profonde avec la mégalomanie des persécutés.

Chez ces derniers, en effet, l'influence de l'hallucination est capitale, soit qu'elle fournisse au malade ses idées de grandeur toutes formulées, soit que, l'obsédant de continuelles tortures, elle le conduise à la mégalomanie par le procédé logique si bien décrit par M. Foville, soit enfin qu'elle exerce sur le malade une influence particulière, influence qui m'a paru évidente dans quelques cas et que je vais essayer d'indiquer.

Les persécutés, même dans les premières phases de la maladie, alors qu'ils ne souffrent que d'une sorte d'hyperesthésie psychique n'allant pas encore jusqu'à l'hallucination, se sentent déjà différents des autres hommes. Ils perçoivent, comprennent une foule de choses qui échappent à leur entourage, et ils attribuent ce privilège imaginaire à la perfection de leurs sens ou à la pénétration de leur intelligence.

A une période plus avancée de la maladie, quelques-uns en arrivent à croire qu'ils ont un sens de plus que

©BIUM

le vulgaire des humains, qu'ils ont été l'objet d'une création spéciale, qu'ils ne sont pas du même sang et de la même chair que le reste des hommes.

J'ai eu l'occasion d'observer, l'année dernière, un malade ataxique amené à Vanves à la suite d'un accès de délire hallucinatoire avec idées de persécution, accès qui se dissipa rapidement et complètement. Une fois guéri, ce malade me racontait ses hallucinations et me disait qu'il était tellement convaincu de leur réalité, qu'il ne pouvait s'empêcher de considérer comme des infirmes ou des menteurs tous les gens qui l'entouraient et qui déclaraient ne rien entendre.

Du mépris des autres à l'estime exagérée de soi-même, il n'y a pas loin et l'on conçoit que le passage a dû être souvent franchi.

Il faut remarquer combien le degré de perfection des sens touche l'amour-propre, surtout chez les natures vulgaires. On est humilié de ne pas voir, entendre, goûter ce que voit, entend et goûte son voisin ; on est fier de la moindre supériorité à cet égard. Quel doit donc être l'orgueil de l'homme qui se croit doué d'un sens de plus!

Cet orgueil qui accompagne ordinairement l'hyperesthésie psychique, fournit à coup sûr un terrain extrêmement favorable à l'éclosion de la mégalomanie.

Bien avant que les idées de grandeur soient nettement formulées, les persécutés sont déjà orgueilleux, quelques-uns le sont dès les premières phases de la maladie, qui ne revêt presque jamais chez eux un caractère franchement dépressif et mélancolique.

L'orgueil et le délire de grandeur qui appartiennent aux hallucinés ne diffère pas seulement par ses origines du délire de grandeur des excités maniaques. Les mégalomanes persécutés présentent rarement au même degré que ces derniers les idées de capacité et de puissance ; ils sont d'illustres victimes, mais ils sont toujours des victimes ; ils n'ont au même degré ni les projets gigantesques, ni l'activité exubérante, ni en un mot les caractères sur lesquels nous nous sommes fondés pour attribuer au delire des excités maniaques une origine psycho-motrice.

Le délire se greffe moins aisément sur les lésions de

©BIUM

la volonté que sur celles de la sensibilité. Cela est évident puisque les sens externes sont la principale origine de la connaissance, — la seule, suivant une célèbre école philosophique. Les lésions de la volonté produisent plutôt une altération de la personnalité qu'une altération de la connaissance. Maine de Biran a insisté avec raison sur le rôle important de l'effort volitionnel dans la constitution du moi. Il est évident que la même disposition cérébrale qui nous fait attribuer une origine externe au mouvement centripète des sensations, doit nous faire attribuer une origine interne au mouvement centrifuge des volitions. Cette origine interne, le moi, se modifie et s'altère par les lésions psycho-motrices, comme le milieu extérieur se modifie et s'altère sous l'influence des lésions psycho-sensorielles.

Aussi les altérations de la personnalité sont-elles extrêment marquées dans les formes alternantes de la folie circulaire. Sous l'influence d'états dépressifs alcooliques et d'états d'exaltation inverse, le caractère change complètement, le moi est tellement altéré qu'il semble, comme l'a dit M. Falret, que deux personnes différentes se succèdent dans le même corps, sans qu'il y ait cependant dans aucune des deux phases un délire évident, quant à la réalité objective, sans qu'on observe ces erreurs énormes qui sont le propre des lésions sensorielles hallucinatoires ou anesthésiques. Je ne parle que des formes légères et atténuées de la folie circulaire, des formes raisonnantes ; les idées de capacité, l'outrecuidance conduisent seulement à des appréciations fausses, à des jugements erronés, à des actes déplacés ou ridicules.

Il en est autrement lorsque la lésion volitionnelle atteint un degré élevé d'intensité, comme on le voit surtout chez les paralytiques, et que se développent les idées de toute-puissance.

L'idée de toute-puissance conduit fatalement à un délire extrêmement absurde ; il y a incompatibilité entre la toute-puissance et la raison, puisque celle-ci consiste à se régler constamment sur la réalité immodifiable et à s'y subordonner.

L'absurde n'est plus absurde et le contradictoire cesse d'être illogique pour un être tout-puissant. Le ca-

©BIUM

ractère propre du délire des paralytiques s'explique donc autant par leur idée de toute-puissance que par l'affaiblissement de leur facultés intellectuelles. Beaucoup de déments, non moins affaiblis que les paralytiques, sont loin d'atteindre leur degré d'absurdité, et ce degré d'absurdité se manifeste chez certains paralytiques à une époque où l'affaiblissement des facultés est peu considérable, de même que chez quelques circulaires qu'on ne peut soupçonner de démence.

En cherchant à localiser l'origine du délire dans des lésions psycho-sensorielles et psycho-motrices, je sais que je m'expose au reproche de vouloir faire revivre la théorie des localisations psychiques et des monomanies. Je n'en suis pas autrement effrayé.

La synergie cérébrale est telle que les lésions les plus limitées peuvent réagir sur tout l'ensemble. Une monoplégie d'un membre inférieur empêche les mouvements généraux de locomotion, tels que la marche, le saut, la course, etc., sans cependant cesser d'être une monoplégie et sans qu'on puisse dire qu'il y a une maladie générale des facultés de locomotion. Une monopathie psychique peut retentir sur l'ensemble des facultés mentales sans cesser d'être une monopathie psychique, une monopsychose. Il est peu probable que dans toutes les vésanies tout l'appareil psychique soit atteint simultanément dans son ensemble, comme devraient le professer les adversaires des monomanies.

Il s'agit de démêler dans cette synergie des fonctions mentales quel est le point malade ; il y a à faire dans les psychoses un travail analogue à celui qui a été fait pour l'aphasie.

L'aphasie a été décomposée en monopathies motrices, et sensorielles ; n'est-il pas admissible que les facultés, de conception soient susceptibles d'une analyse analogue à celle qui a été faite pour les facultés d'expression ?

J'ai essayé de vous présenter d'après cette induction, quelques considérations relatives au délire de grandeur, à sa division en deux formes principales, l'une motrice et l'autre sensorielle.

La même analyse s'appliquerait aux délires mélancoliques. Bien que certains états abouliques puissent

©BIUM

prendre leur origine dans l'altération de la sensibilité, il est probable que dans bon nombre de cas l'appareil volitionnel est directement affecté, les idées d'incapacité et d'impuissance semblent l'indiquer clairement.

D'autres délires, très voisins cliniquement, semblent également dus à des lésions psycho-motrices, je veux parler des idées de culpabilité. Beaucoup de malades s'accusent d'être de grands coupables, d'avoir commis et de commettre tous les jours les crimes les plus affreux Une malade que j'observe actuellement commet à chaque instant, *par la pensée*, les actes les plus effroyables, elle brise et détruit tout, tue tout le monde et dévore ses enfants. Il y a là comme une ébauche des phénomènes impulsifs qui s'observent si souvent dans la mélancolie anxieuse et qui deviennent quelquefois assez prépondérants pour caractériser une des diverses formes de chronicité consécutives à cette vésanie. Ces mêmes malades qui s'accusent d'être des criminels finissent par devenir violents, injurieux et capables des actes les plus atroces.

A la période où le malade ne fait que s'accuser, il est probable que la lésion volitionnelle impulsive existe à un certain degré. Rapportée au moi, suivant le mécanisme que j'ai indiqué tout à l'heure, elle conduit aux idées de culpabilité et les explique facilement.

J'espère pouvoir reprendre quelques-unes des questions dont je n'ai pour ainsi dire exposé que le programme. Mon but actuel était de démontrer qu'il n'y a pas *une* mégalomanie, *un* délire de grandeur, *un* délire mélancolique, qu'il n'y a pas non plus *un* délire chronique ; ces groupements de faits sont provisoires et il faut pousser plus avant l'analyse. Je voudrais aussi réagir contre la tendance actuelle vers une simplification excessive, suivant moi, de la classification des maladies mentales. On veut réduire le nombre des formes vésaniques et chacun se défend de vouloir en décrire de nouvelles.

Une pareille simplification de la science serait, à la vérité, fort commode. Qui de nous à l'époque où l'on nous enseignait la botanique, n'eût souhaité que le membre des familles fût réduit à trois ou quatre ? Mais util fa se subordonner à la réalité.

©BIUM

M. DOUTREBENTE. — J'avais l'intention de prendre la parole dans la discussion actuelle et j'y ai renoncé depuis que j'ai eu communication du discours de M. Falret et de l'article si complet et si remarquable de M. Ritti dans le *Dict. encyclopédique des sciences médicales* ; je ne vous demande donc que quelques minutes d'attention.

Sur la question de fond je partage absolument les idées de MM. Garnier et Briand ; élève de Morel, je n'ai qu'à me souvenir de ses enseignements pour me déclarer partisan d'idées qui ne sont pas neuves, mais qui nous sont présentées aujourd'hui avec des noms nouveaux ; c'est donc une simple querelle de mots comme vient de le dire M. Briand.

Le délire chronique, je ne le sais pas depuis longtemps, sert à désigner pour MM. Magnan et ses élèves les malades que nos prédécesseurs désignaient sous les noms de monomanes, hallucinés, c'est la folie partielle des uns, le délire des persécutions (Lasègue), la folie hypochondriaque (Morel), lypémanie partielle ou essentiellement hallucinatoire (Foville), etc..... j'en oublie à dessein. Morel, le premier, a décrit les différentes transformations par lesquelles passent les délirants persécutés.

S'il fallait ne plus se servir de l'expression « délire de persécution », qu'a créée le professeur Lasègue, je proposerais de faire usage du mot folie hypochondriaque. A ce propos, permettez-moi de vous lire quelques lignes de l'opuscule de Dom Calmet, sur *les apparitions des anges et des démons*, paru à Paris en 1746. Parlant des hallucinations et des illusions, il dit nettement « que les hypochondriaques arrivent à se figurer qu'ils sont de terre, de neige ou de glace, ou être rois, papes, cardinaux ou loups, chats et chiens, ils parlent et agissent en conséquence. »

Ce qui démontre que les transformations délirantes des persécutés hypochondriaques étaient déjà connues il y a près de cent cinquante ans.

M. DELASIAUVE. — Dans une précédente séance, à l'appui de mes réserves concernant le double rôle, attribué à l'hérédité et à la mégalomanie dans le délire de persécution, j'ai eu l'honneur de vous communiquer

©BIUM

un mémoire lu en 1875 à l'Académie de médecine et où se trouve une observation tout à fait significative. D'une part, aucun indice de prédisposition héréditaire. Quant aux idées d'ambition et de grandeur, pas de traces non plus, malgré le cours des années. Ma communication à l'Académie date de 1875. Au moment de mes premières consultations, vers juillet 1874, les appréhensions, de plus en plus vives, remontaient à plus de trois ans. Bientôt le tourment s'atténua sensiblement sans perdre son caractère. Nos dernières communications avaient cessé en septembre 1876.

Qu'était devenue la malade? Je n'en avais eu aucune nouvelle, lorsque je publiai mon mémoire en 1882. Par une singulière coïncidence, la veille du jour où je reçus de l'imprimerie ma dernière épreuve, on m'annonce une visite fort inattendue: c'était ma malade qui, en compagnie de sa gouvernante appelée pour affaire de famille à Paris, avait profité de l'occasion pour m'assurer de toute sa reconnaissance. Elle se croyait guérie, et, en effet, elle avait tous les dehors d'une personne raisonnable. Au fond, cependant, il y avait bien certaines réminiscences qui m'autorisèrent à émettre ce soupçon: « Physiquement la santé est parfaite, mais je serais « étonné si la crainte d'une solitude de quelques jours « ne l'a pas décidée à accompagner SA PROTECTRICE. »

Nous sommes en 1887. Cinq nouvelles années ont passé. Vivait-elle encore? Par un ami qui l'ignorait comme moi, nous pûmes savoir que, malgré ses 80 années, elle jouissait toujours et de la santé et de l'intelligence. Une lettre dans laquelle elle me renouvelle avec effusion sa gratitude, en est la pleine confirmation, non, bien entendu, qu'au milieu de son récit ne se trahissent des vestiges de ses anciennes défiances.

Ainsi voilà une octogénaire qui, après seize ans d'un délire de persécution bien caractérisé, n'a jamais, ni au début, ni dans le cours, ni à la période finale de son affection, éprouvé des symptômes de mégalomanie. En survint-il, la démence (elle l'expliquerait) ne s'est point prononcée encore. En somme, je le répéterai, je crois peu à la phase nécessaire de Lasègue. Qu'une transformation s'opère, il me semble, en général, qu'elle s'explique naturellement par une filiation phénoménale.

©BIUM

L'automatisme somnambulique devant les tribunaux. — Prévention de vol. — Rapport médico-légal. — Non-lieu.

M. PAUL GARNIER. — Les faits relatifs au somnambulisme ont eu, de tout temps, le privilège de susciter un intérêt des plus vifs, intérêt qui semble accru, de nos jours, par le mouvement irrésistible qui pousse nos recherches vers les perturbations si variées du fonctionnement nerveux.

En se plaçant à un point de vue exclusivement scientifique, il est aisé de concevoir qu'une légitime curiosité s'attache à ce « rêve en action » qui nous fait assister aux étranges manifestations des opérations cérébrales dissociées et agissant chacune pour son propre compte.

Que dans cette soudaine et passagère rupture de la solidarité qui préside, normalement, à l'exercice des facultés supérieures, que dans leur jeu isolé et indépendant, l'étude psycho-pathologique trouve matière à de précieuses observations, c'est ce que personne, assurément, ne saurait contester. Mais cette étude même vient acquérir une importance de premier ordre et s'imposer comme une inéluctable nécessité, quand, par suite des impulsions aveugles qui distinguent l'accès de somnambulisme, l'individu se met en conflit avec les lois, quand la justice lui demande compte d'un crime que sa *conscience ne connaît pas*, qu'il nie énergiquement, alors que sa participation est évidente pour tous.

Le caractère d'exception de semblables questions médico-légales crée, en quelque sorte, au médecin expert appelé à se prononcer sur un cas de cette nature, l'obligation de ne pas laisser perdre l'enseignement qu'il peut comporter et, par conséquent, d'en donner la relation aussi complète, aussi exacte que possible.

Récemment, nous avons reçu, du parquet de la Seine, la mission de déterminer le degré de responsabilité pénale d'un jeune homme inculpé de vol. De l'examen prolongé et minutieux auquel nous avons procédé, s'est dégagée, pour nous, la certitude que l'acte incriminé était sous la dépendance de l'automatisme somnambulique, et c'est la démonstration de ce fait que nous nous

©BIUM

sommes efforcé d'exposer dans le rapport ci-dessous reproduit.

Ulysse X..., âgé de vingt ans, élève dentiste, est inculpé de vol. Les circonstances étranges dont cet acte était entouré, l'attitude singulière de l'accusé au commissariat de police, au dépôt de la préfecture et dans le cabinet du juge d'instruction, les renseignements fournis sur ses antécédents, etc., tout concourait à éveiller des doutes sur l'intégrité de ses facultés mentales, tout tendait enfin à provoquer l'intervention de l'expertise médico-légale.

Le 25 novembre dernier, au déclin du jour, Ulysse X... pénètre dans une boutique de brocanteur située en face de son propre domicile, et là, il procède tranquillement à une sorte de déménagement de ce magasin. Sans hâte, sans gêne aucune, il transporte successivement dans la cour de sa maison divers objets mobiliers et n'est interrompu dans sa besogne que par l'arrivée du marchand qui l'appréhende aisément et requiert son arrestation.

Le délit absolument flagrant rendait toute dénégation impossible. Cependant, X..., tout d'abord hébété et comme ahuri, ne tarde pas à protester avec force contre l'inculpation qui pèse sur lui et à se signaler à l'attention par des allures tout à fait bizarres. Au Dépôt, on remarque que, par instants, il a comme des *absences*... On lui parle... il ne répond plus...; à l'appel de son nom, il ne bouge pas... et les plus vives injonctions ne le font point sortir de sa torpeur. Il semble qu'il n'entend pas et qu'il est devenu étranger à tout ce qui l'entoure. Il a comme des *attaques de sommeil*; devant le magistrat instructeur, il s'endort!

Ces phénomènes singuliers n'étaient point nouveaux chez X..., ainsi que devait nous l'apprendre notre recherche rétrospective; le présent se rattachait ici au passé d'une façon précise et il était de première nécessité d'établir nettement cet enchaînement des accidents psycho-névropathiques.

Ulysse X... est le fils unique d'une mère nerveuse, impressionnable à l'extrême et sujette à des attaques d'hystérie. Cette constatation qui a du reste sa valeur, en l'espèce, résume tout ce que nous avons pu relever de

©BIUM

notable, en fait d'antécédents héréditaires. La première enfance de X... paraît avoir été exempte de maladie grave. Son développement physique et intellectuel s'est effectué normalement. Mais, vers l'âge de onze ans, éclatent des troubles cérébraux graves, attribués, à tort ou à raison, à une insolation. Pendant plusieurs semaines, sa vie fut en danger : il eut du délire d'action, des attaques convulsives d'une grande intensité ; il aurait même, dès cette époque, au déclin de cette affection encéphalique, présenté quelques accès de somnambulisme.

Enfin, on put croire à une gérison durable, et tout sembla rentrer dans l'ordre. Mais X... devait conserver de cette première atteinte une disposition maladive du système nerveux et une instabilité mentale particulière. Ne manquant point d'intelligence, d'un esprit assez ouvert et entreprenant, mais n'ayant reçu qu'une instruction primaire dans une école congréganiste, il aspire à une grande fortune. Plein de confiance en ses aptitudes, il entretient, à tout propos, de ses ambitieux projets, ses parents, modestes ouvriers, dont la préoccupation est de lui faciliter, dans la mesure du possible, l'exécution de ses plans d'avenir. Il veut être dentiste : on le place chez divers opérateurs en renom. Il ne parvient à se fixer nulle part.

En 1884, une fièvre typhoïde se déclare et, bien que la maladie ait paru plutôt bénigne que grave, tout indique cependant son retentissement sur un organisme déjà anormal. C'est à dater de ce moment, en effet, que les dispositions morales de X... subissent une évidente altération. Il néglige presque complètement son travail, ne fait plus rien de suivi, se montre fantasque, tour à tour exalté, indolent, et apathique. Mais c'est principalement vers le milieu de l'année 1885 que les accidents nerveux se prononcent et se précisent. D'abord, c'est une agitation nocturne inquiétante. Il sursaute dans son lit, il pousse des gémissements, parfois des cris de terreur, émet de courtes divagations. Bientôt, on s'aperçoit qu'il se lève, au milieu de la nuit... Il erre machinalement dans sa chambre, déplace des objets, ou bien se livre à l'une de ses occupations de l'état de veille. Le plus souvent, il regagne son lit sans incident, mais d'autres fois il est frappé d'une attaque convulsive. Une

©BIUM

nuit, ses parents l'observent pendant son noctambulisme, n'osant intervenir d'une façon quelconque. Tout à coup X... se dirige vers la fenêtre, l'ouvre et fait mine de la franchir... On se précipite vers lui, on le saisit. Immédiatement, une crise hystéro-épileptique d'une extraordinaire violence éclate, et après quelques minutes le réveil a lieu, sans le moindre souvenir de cette scène.

Bientôt ces troubles nerveux acquièrent une fréquence de plus en plus grande et ce n'est plus seulement la nuit qu'ils se montrent. L'accès de somnambulisme ne survient plus uniquement à la faveur de l'état cérébral qui accompagne ou produit le sommeil naturel, mais d'*étranges absences, des attaques de sommeil* viennent, à à l'état de veille, suspendre la vie consciente. Un degré de plus est franchi.

A table, au milieu de ses occupations, un peu partout, X... *s'endort*. Son travail dans les ateliers de fabrication d'appareils de prothèse dentaire est interrompu fréquemment par de brusques assoupissements. Son immobilité est volontiers prise pour de l'apathie, pour une invincible paresse. On l'apostrophe rudement, on le secoue... reproches et stimulation n'aboutissent à rien, X... reste plongé dans sa torpeur. On le congédie.

De tels accès en se multipliant deviennent l'occasion d'aventures assez singulières. Au mois de juillet dernier X... se rend, en compagnie de quelques camarades, à une fête foraine, aux environs de la capitale. A peine y est-il arrivé qu'on lui trouve une attitude bizarre. Ses amis surpris lui en demandent la cause, il ne leur répond pas, son inertie est complète. Les procédés les plus variés sont mis en œuvre afin de le réveiller ; ils restent sans effet. On dut se résoudre à le ramener à Paris dans cet état et ce n'est que le lendemain qu'il reprend possession de lui-même, étonné de ce qu'on lui raconte et des questions qu'on lui pose ; car ses souvenirs ne lui rappellent rien.

Vers cette époque, la manière d'être, les propos, la conduite de X... témoignent d'un véritable désordre mental. Pris d'une activité fébrile, exubérant, mobile, versatile, ambitieux de paraître, il ne tient plus en place. Son cerveau surexcité est traversé par des projets irréa-

©BIUM

lisables. En gestation de plusieurs plans d'avenir, il annonce à qui veut l'entendre qu'il sera un jour un grand musicien. Puis, c'est la médecine qui l'attire et forme le thème de ses conceptions orgueilleuses : il arrivera, déclare-t-il, à être un médecin renommé. Pendant quelques semaines, il s'occupe, en effet, de mener de front l'exécution de ses projets ; il suit des cours de musique et fréquente les amphithéâtres.

Dans son esprit troublé, dévoyé, la formation d'une idée se confond presque aussitôt avec sa réalisation. Il se croit déja un artiste recherché, un savant médecin et il se fait adresser des lettres avec la suscription : « Monsieur le Dr X... au Val-de-Grâce. »

Le besoin de mouvement et d'extériorité qui est en lui le pousse à quitter soudainement et sans motif sérieux sa famille, à la surveillance de laquelle il échappe dès lors. Avec cette indépendance, les extravagances vont se multiplier, les actes délictueux se produire.

X... est allé, on ne sait pourquoi, se fixer à Arras. De cette ville, il écrit à ses parents qu'il poursuit assidûment ses travaux, qu'il complète son instruction dans l'art dentaire. Mais ses préoccupations sont ailleurs. Il se fait admettre dans une société musicale, emprunte des instruments de musique, commande un uniforme d'aide-major et ne paye qu'incomplètement le fournisseur auquel il s'est adressé. Aussi, quand il quitte Arras, pour revenir à Paris, après une absence de trois mois, une procédure judiciaire, motivée par les plaintes dont il a été l'objet, est-elle commencée contre lui.

Les choses en étaient là, quand X..., plus troublé que jamais, fut arrêté dans les circonstances que nous avons mentionnées.

Les détails qui précèdent étaient nécessaires pour mettre en lumière les antécédents pathologiques de l'inculpé et démontrer l'existence, chez lui, depuis une époque déjà ancienne, de troubles nerveux et de désordres intellectuels.

Mais si notre enquête à travers ce passé morbide nous a fourni de précieuses indications, nous devons dire que l'étude prolongée et attentive à laquelle nous avons procédé afin de déterminer l'état actuel du prévenu, nous a conduit à de non moins intéressantes constatations dont

©BIUM

le caractère insolite, étrange, ne saurait faire méconnaître la réalité et l'importance.

Ulysse X... est un garçon de stature moyenne et d'apparence suffisamment robuste; il est fortement musclé, son allure est ferme et décidée; rien, dans son extérieur, ne rappelle un tempérament féminin. Ce qui frappe pourtant chez lui, dès l'abord, c'est une émotivité très grande. La première fois qu'il est amené devant nous, son facies se colore vivement aux questions les plus simples, et l'expression de sa physionomie est un mélange d'étonnement et de vague appréhension. Ses propos sont peu suivis, ses explications fort confuses.

Il se plaint des railleries dont il prétend être l'objet au Dépôt et il nous demande, avec de très vives instances, de mettre fin aux ennuis qu'on lui cause. Pourquoi se trouve-t-il en prison? que lui reproche-t-on? d'avoir volé? mais ça ne peut être vrai!... il est incapable d'une mauvaise action... Il y a erreur, il faut qu'on le reconnaisse sans plus de retard, etc., etc.

Sur notre demande, il rédige une note autobiographique portant pour épigraphe ces mots : *Ce que je crois... Ce que je sais... Ce que je saurai sur l'existence de ma vie.*

La lecture de ces pages manuscrites, où les divagations s'ajoutent aux divagations, donnent plus l'impression que produirait la transcription d'un rêve, avec son décousu, que d'un délire proprement dit. X... y annonce qu'il appartient à une grande famille et que celle-ci ne tardera pas à le reconnaître et à lui rendre son véritable rang. Il vante ses capacités, ses aptitudes exceptionnelles et fait allusion à des cures remarquables obtenues grâce à ses connaissances médicales, etc., etc.

Au rapport des gardiens chargés de le surveiller au Dépôt, X... ne dort pas la nuit; il se lève, se promène et quand on l'invite à se recoucher, il ne répond point et continue à circuler. « Il a l'air, nous dit-on, d'un homme qui cherche quelque chose et ne trouve rien. »

De semblables indications, les renseignements contenus dans les pièces du dossier, étaient de nature à donner à nos investigations une direction déterminée. Dans cette voie, nous devions aboutir à des résultats fort nets. L'examen de la sensibilité générale et spéciale nous fit découvrir les altérations suivantes : analgésie

©BIUM

complète de la surface cutanée, sauf deux plaques d'hyperesthésie, grandes comme une pièce d'un franc environ, situées symétriquement sur la face postéro-externe de chaque poignet. Rétrécissement du champ visuel, anesthésie gustative et olfactive. Une compression circulaire exercée sur l'avant-bras amène avec une grande facilité la contracture de la main.

A de nombreuses reprises, nous avons pu observer X... au moment de ses accès de somnambulisme, et en noter toutes les particularités. La transition de l'état de veille au sommeil pathologique se fait d'une manière insidieuse ; elle s'établit instantanément sans qu'aucun phénomène bruyant la signale à l'attention. Il n'en est pas de même du retour de la vie normale, qui n'a lieu souvent qu'au prix d'une violente attaque convulsive avec arc de cercle, contorsions, hallucinations terrifiantes, sanglots qui viennent clore l'accès.

Tantôt le sommeil se produit d'une manière toute spontanée, sans l'intervention d'une excitation sensorielle. Tantôt, c'est l'éclat d'une lampe, un objet brillant quelconque que le malade n'a pu regarder sans s'endormir de lui même. Comme tous les individus en état de somnambulisme spontané, il devient alors le jouet du mouvement automatique de son cerveau, engendré par les reliquats d'impressions ou d'idées qui l'ont occupé à l'état de veille... Il va, vient, agit d'une façon coordonnée, mais il n'est en contact ou en rapport avec le monde extérieur que par un côté unique, exclusif : *le mobile actuel*. Une question sans corrélation directe avec l'idée qui est, à ce moment, maîtresse de son esprit, ne sera point entendue. Mais si l'interrogation vise ce point précis, il devient possible d'entrer en communication avec lui, sur ce sujet étroitement limité.

X... s'avance de ce pas lent et mesuré particulier aux noctambules ; il a les paupières demi-closes ; un frémissement continu les agite ; la tête est légèrement inclinée, comme si le regard surveillait la marche.

Il était à présumer que chez un être offrant de semblables troubles fonctionnels de l'appareil cérébro-spinal, il serait possible d'obtenir aisément l'hypnotisation. Et de plus, il n'était pas sans intérêt, dans le cas présent, de parfaire l'examen du sujet par une comparaison entre

©BIUM

les phénomènes propres au somnambulisme spontané et ceux développés sous l'influence du somnambulisme artificiel. Ainsi que nous étions fondé à le croire, X... est plongé dans l'hypnotisme très facilement et très rapidement, à l'aide des procédés les plus usuels. Il suffit de lui ordonner de fixer un objet brillant ou de lui comprimer les globes oculaires pour que l'hypnose soit réalisée, après deux ou trois minutes. Ainsi endormi, il entre d'emblée dans l'état cataleptique ou bien même directement dans la phase de somnambulisme. Il nous a toujours été impossible de mettre en évidence, chez lui, le phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire (Charcot) qui caractérise plus spécialement la phase de léthargie hypnotique.

Si dans l'accès de somnambulisme spontané X... s'appartient, autant que peut s'appartenir un homme mû par une force aveugle, mais si, en somme, il n'obéit qu'à une impulsion qui est sienne ou autochtone, il se trouve, dès qu'il est mis artificiellement en état de somnambulisme, à la merci de celui par la volonté duquel il a été endormi. Sa personnalité s'efface, se subordonne entièrement à cette domination étrangère qui le dirige à son gré.

Par des expériences nombreuses et entourées de toutes les garanties désirables, nous nous sommes assuré de son obéissance passive à des suggestions de l'ordre le plus varié. Nous croyons superflu de relater ici l'ensemble de ces recherches. Il nous suffira de dire que les résultats obtenus sont conformes à ce qui a été décrit sur l'état de suggestibilité des hystéro-épileptiques.

Le 19 décembre, X... tombe en catalepsie et son état d'insensibilité et d'inertie s'étant prolongé pendant plusieurs heures, on décide de le transférer, du Dépôt de la Préfecture de police, à l'Hôtel-Dieu où il arrive sans s'éveiller de sa torpeur. A ce moment, les globes oculaires sont convulsés en rotation en dehors et en haut. Quarante-huit heures environ après le début de cette phase cataleptique, une attaque convulsive éclate et en marque la fin.

Des troubles nerveux aussi accentués et aussi curieux ne pouvaient manquer de solliciter l'attention et de provoquer la recherche, dans le nouveau milieu où

©BIUM

X... venait d'être placé. A l'Hôtel-Dieu, on le soumit à une observation d'autant plus minutieuse et suivie que l'intérêt était plus vivement excité. On ne tarde pas à constater les accès de somnambulisme spontanés déjà notés par nous-même au Dépôt, et les actes que réalise l'automatisme inconscient sont soigneusement relevés.

Les impressions vives qui, à l'état de veille, ont ébranlé son système nerveux, les idées qui l'ont occupé avec quelque fixité sont aptes à une reviviscence spontanée mais inconsciente, qui vient servir d'incitation pour l'accomplissement d'actions associées, en rapport étroit et exclusif avec ce souvenir. En maintes circonstances, il nous a été donné, de même qu'à plusieurs médecins de l'Hôtel-Dieu, dont l'autorité scientifique intervenait là comme un puissant contrôle, d'assister à ces scènes d'automatisme et de cérébration inconsciente. Nous nous bornerons à en citer un ou deux exemples.

X... nous est connu déjà comme un musicien très épris de son art; c'est même, paraît-il, un exécutant assez habile et, d'aventure, il aurait parfois été appelé à diriger une fanfare ou un orchestre. C'est ce passé qui va revivre dans la mimique suivante : en état de somnambulisme spontané, X... se lève. Il ne marche pas au hasard; tout va prouver que son esprit, sollicité brusquement par l'éveil d'une idée, d'un souvenir, l'entraîne dans une voie bien déterminée. D'une manière parfaitement coordonnée, il s'occupe à rassembler au milieu de la salle un assez grand nombre de chaises qu'il va prendre successivement auprès des lits voisins. Il en forme un cercle au centre duquel il se place. D'un geste bref, il semble commander l'attention; puis, son bras s'élève et s'abaisse alternativement; il bat la mesure, accélérant ou ralentissant le mouvement, indiquant par une gesticulation appropriée les passages du morceau qui doivent être joués avec force ou avec douceur. Parfois, au milieu de cette exécution, il se précipite vers un point de la circonférence tracée par les chaises; sa physionomie contractée exprime le mécontentement ou la colère. C'est évidemment un de ses musiciens qui vient d'encourir ses reproches pour une fausse note.

Le morceau terminé, il adresse des saluts réitérés à

©BIUM

un auditoire dont il entend, sans doute, les applaudissements.

Dans une autre circonstance, X... nous rendit témoin d'un automatisme somnambulique non moins curieux. Au moment où nous étions arrivé vers lui, il était assis auprès de son lit et les paupières demi-closes, il copiait de la musique d'une façon très régulière. On nous apprend que, depuis deux heures environ, il est en état de somnambulisme spontané; on l'avait vu balayant la salle, essuyant des meubles, rangeant divers objets; puis il s'était mis à son travail de copiste.

Pendant que nous l'observions, il se lève, se rend, à pas comptés, à l'entrée de la salle et commence la visite médicale. Il va successivement à chaque lit, il palpe le malade, lui tâte le pouls, applique l'oreille sur sa poitrine, et après un temps d'arrêt où la question du diagnostic et du traitement semble être discutée, il passe au lit suivant où sa mimique se répète sans beaucoup de variantes.

Comme nous l'avons déjà fait remarquer, le plus souvent c'est une crise convulsive qui vient clore l'accès de somnambulisme, et, à deux ou trois reprises différentes, on a constaté une hématurie consécutive.

M. le Dr Mesnet, médecin de l'Hôtel-Dieu, dans le service duquel X... a été placé à la date du 25 janvier, s'est appliqué avec un soin tout particulier et sa grande compétence en de telles matières, à faire des troubles nerveux si variés qui s'offraient chaque jour à son observation une étude des plus approfondies et des plus intéressantes. Il put s'assurer qu'il était possible de provoquer chez ce malade un des phénomènes les plus saisissants du somnambulisme artificiel... Brusquement, il fixe son regard sur celui de X..., en lui donnant toute l'intensité et toute la pénétration possibles.

Presque immédiatement, en moins d'une minute, l'état décrit sous le nom de fascination hypnotique est réalisé et voici l'émouvant spectacle auquel nous assistons. Désormais irrésistiblement attaché à celui qui vient de prendre ainsi possession de son être tout entier, les yeux sur ses yeux, X... ne quitte plus son hypnotiseur. Il marche, court avec lui, le suit dans tous ses mouvements, et quelle qu'en soit la rapidité intentionnelle, il est ra-

©BIUM

mené à lui invinciblement comme par une aimantation du regard qui le replace toujours face à face, œil à œil, insensible d'autre part à toutes les sollicitations extérieures, totalement analgésié, en communication unique et exclusive avec celui qui a opéré la *prise du regard*, et éminemment suggestionnable par ses ordres seuls.

Nous ne saurions donner place dans cette étude médico-légale à la description de tous les phénomènes observés chez X...; mais, sans chercher à en épuiser ici la liste, il convenait de signaler les plus importants.

Si étranges et si extraordinaires, du reste, que peuvent paraître ceux-ci, il est permis d'affirmer qu'ils ne sont point en désaccord avec ce que l'on sait touchant les perturbations du fonctionnement nerveux, chez les représentants de la névrose hystéro-épileptique, perturbations qui, de jour en jour, mieux étudiées et mieux interprétées, forment actuellement un des chapitres les plus intéressants de la psycho-pathologie.

Un point qui devait constamment nous préoccuper, dans le cas présent, comme dans tous les faits de cette nature, était de nous tenir en garde contre toute supercherie, contre la possibilité d'une simulation. Mais si, au premier abord, l'attitude singulière et insolite de l'inculpé pouvait nous paraître quelque peu suspecte, un examen plus complet et plus prolongé nous a conduit bientôt à la conviction que X... appartient à un type morbide aujourd'hui nettement classé et qu'une simulation, si habile fût-elle, n'aurait pu parvenir à nous donner le change, principalement à l'endroit de certains syndromes intervenant, en l'espèce, comme un témoignage irrécusable de la sincérité du malade et de la réalité du complexus morbide que nous avions sous les yeux.

X... est atteint d'une névrose génératrice de graves désordres fonctionnels de l'appareil cérébro-spinal. L'hystéro-épilepsie s'affirme chez lui par de nombreux stigmates révélés par les modifications de la sensibilité générale et spéciale, par des attaques convulsives absolument caractéristiques. C'est encore sous la dépendance de son état névropathique qu'il faut placer les accès de somnambulisme au cours desquels sa personnalité consciente disparaît pour laisser le champ libre à un automatisme aveugle. A la faveur de cette disso-

©BIUM

ciation, de cette fragmentation des opérations encéphaliques, il est à la merci d'entraînements qui surgissent spontanément et son activité, fût-elle coordonnée et entourée des apparences de la raison, s'affranchit totalement du contrôle des facultés supérieures et n'est plus régie que par des impulsions instinctives absolument comme dans le vertige épileptique, avec lequel l'accès somnambulique a tant de rapports. Dès lors, c'est une force aveugle qui le conduit et non une volonté libre. Inconscience, automatisme, amnésie, tels sont les caractères essentiels de ces perversions fonctionnelles du système nerveux.

Au point de vue de la perte du souvenir, une remarque est nécessaire. Nous avons noté les dénégations énergiques de X... relativement au fait qui lui est imputé. Particularité assez étrange : dans l'un des interrogatoires subis dans le cabinet du juge d'instruction, il raconte, sans détours, comment il a procédé : « J'ai porté, dit-il, successivement les meubles dans la cour de la maison, et c'est au moment où j'allais emporter le deuxième fauteuil que j'ai été surpris. » Cette déclaration si précise venait le mettre en contradiction avec toutes ses protestations antérieures. Mais, plus tard, quand on lui rappelle cet aveu, il s'étonne, paraît croire à une méprise et, comme auparavant, il affirme n'avoir aucun souvenir du vol qui lui est reproché.

Comment interpréter de telles contradictions ! L'amnésie qui est, en la matière qui nous occupe, un fait capital, essentiel, doit-elle être rejetée et la variabilité du prévenu est-elle le témoignage du peu de fondement de ses allégations? Nous ne le pensons pas, et il nous semble possible de donner, de ce fait, une explication scientifique, en l'appuyant sur les quelques exemples connus de dédoublement de la personnalité, dans des névroses analogues, dédoublement dont la conséquence est de créer deux existences qui s'ignorent, avec cette particularité remarquable que tous les fragments de l'un se relient entre eux en chevauchant sur les fragments de l'autre. L'observation a depuis longtemps prouvé que le somnambule se rappelle, durant une attaque, les événements d'une attaque antérieure, bien qu'il n'en ait aucun souvenir à l'état normal.

©BIUM

Suivant que X... se trouvait en état de *condition prime* (normale), ou en état de *condition seconde* (pathologique), il pouvait, sans cesser d'être sincère, tour à tour nier et reconnaître un acte qui, par le fait même qu'il avait été exécuté durant un accès de somnambulisme, ne devait revivre, à l'état de souvenir, que dans un accès subséquent similaire. Son attitude bizarre dans le cabinet du juge d'instruction, sa singulière *somnolence* devant ce magistrat, corroborent certainement cette interprétation.

Le choc moral produit sur lui par son arrestation, sa prévention, de nombreux interrogatoires, étaient autant de circonstances propres à ébranler une organisation déjà si instable. Il n'est pas surprenant que celles-ci aient eu pour résultat de provoquer une exacerbation des phénomènes nerveux auxquels il était sujet depuis longtemps et pour effet de superposer à de courts intervalles les périodes d'inconscience et d'amnésie.

En mettant en lumière la situation intellectuelle de l'inculpé, avant l'acte incriminé, en montrant son existence traversée par de fréquentes *absences*, par des phases suspensives de la vie consciente, nous avons, en quelque sorte, pu renouer le lien qui rattache cet acte même à l'automatisme somnambulique. Accompli avec cette souveraine imprévoyance qui dénonce déjà une participation maladive, il apparaît comme un simple anneau dans une chaîne ininterrompue de désordres variés, comme une manifestation épisodique dans une longue histoire pathologique.

Tout concourt donc à prouver que X..., dont l'équilibre mental était depuis longtemps troublé, s'est trouvé placé le 25 novembre, sous l'empire d'un état vertigineux d'une nature spéciale; qu'il a éprouvé enfin l'une de ces éclipses du moi conscient, comparables à celles qui avaient été antérieurement observées chez lui, ou qui se sont produites depuis lors sous nos yeux.

Que si, au point de vue social, la gravité de l'acte vient au premier plan, on doit reconnaître qu'elle n'a qu'une importance secondaire au point de vue scientifique; qu'il s'agisse d'un vol, d'un outrage public à la pudeur, d'un incendie, d'un suicide, d'une homicide, au fond le fait médico-légal reste le même. Dans un cas

©BIUM

comme dans l'autre, c'est toujours le même automatisme qui préside à l'exécution, qui livre l'individu, sans défense et sans discernement, à tous les hasards d'incitations spontanément éveillées et soustraites à tout contre poids, à tout conflit de motifs.

Etablir qu'une action incriminée est sous la dépendance d'une impulsion inconsciente c'est poser, du même coup, le principe de l'irresponsabilité absolue, principe qui nous conduit par une déduction rigoureuse à la conclusion de cette longue étude.

Dans notre conviction entière, X... est un malade ; c'est un hystéro-épileptique sujet à des attaques convulsives graves et à des accès de somnambulisme engendrant des actes automatiques parmi lesquels il convient de ranger le vol qui lui est imputé. On ne saurait demander compte de sa conduite à un homme dont la raison subit de telles absences, la volonté de telles défaillances et un si complet effacement.

Paris, 11 mars 1887.

Conformément aux conclusions de notre rapport, X... a bénéficié d'une ordonnance de non-lieu.

Les faits exposés dans la relation médico-légale qu'on vient de lire relèvent, à la fois, du somnambulisme naturel et du somnambulisme provoqué. Cette juxtaposition des phénomènes de l'un et de l'autre état n'est certes pas le côté le moins intéressant de cette observation.

Invité à déterminer, au point de vue de la responsabilité pénale, la valeur d'une action que tout tendait à nous montrer comme le produit de l'automatisme somnambulique *spontané,* c'est aux manifestations de cette *cérébration inconsciente* que nous devions, évidemment, accorder le premier rang.

S'il importait d'appeler en témoignage l'étude expérimentale, c'est-à-dire l'hypnotisation du sujet, méthodiquement conduite, nous ne pouvions cependant que nous borner à indiquer, d'une façon sommaire, le succès de pareilles tentatives.

Pénétrer plus avant sur ce terrain, c'eût été nous détourner quelque peu de notre principal objectif, car

©BIUM

nous n'avions point à émettre une opinion sur un cas de suggestion hypnotique.

D'ailleurs, il nous eût été difficile de donner place, dans un mémoire comme celui qui nous était demandé, à la description de tous les phénomènes que nous avons observés soit isolément, soit avec le concours de M. le Dr Mesnet.

La communication si intéressante que le savant médecin de l'Hôtel-Dieu a faite à l'Académie de médecine (séance du 15 mars 1887), peu de jours après le dépôt de notre rapport, nous empêche en tout cas de regretter de n'avoir pu introduire dans notre travail les détails relatifs aux expériences de suggestions hypnotiques et post-hypnotiques.

Parmi les exemples que notre malade nous a offerts de sa subordination complète à la volonté du suggesteur, M. Mesnet a cité celui-ci que nous rappellerons brièvement :

« Tel jour, à ma visite, notre 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. Je lui dis, en montrant un de mes externes : « Voyez la chaîne de M. X... la voyez-vous? — Oui. — Eh bien ! je vous ordonne demain, pendant ma visite, de la prendre et de vous en aller aussitôt. » Il eut un mouvement de surprise avec secousse dans les membres et une expression de mécontentement très évidente. Il ne répondit pas. J'insistai en lui disant : « Je vous l'ordonne. Je le veux. » Il répondit « oui » avec un geste brusque et saccadé. Aussitôt, je le réveille... Il ignorait absolument ce que nous venions de faire, de dire...

« Le lendemain, en entrant dans la salle, je le trouve causant, en toute liberté d'esprit, avec les élèves de mon service... Je lui pose diverses questions auxquelles il fit des réponses satisfaisantes; il me dit qu'il attendait la venue de M. Garnier, etc. 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 interne, qu'il semblait regarder avec un intérêt tout particulier... Bientôt son regard se fixe sur sa chaîne apparaissant dans l'en-

©BIUM

trebâillement du paletot. Il s'absorbe de plus en plus dans cette contemplation. Ses pupilles se dilatent, sa figure prend une expression singulière dans laquelle il est facile de lire un sentiment d'angoisse.

« La respiration s'accélère, le pouls est rapide, la face devient rouge, injectée par places...

« Après avoir, à diverses reprises, incliné sa tête et son corps vers M. X..., il fait lentement un pas en avant ; puis, avec une sorte d'hésitation, d'un mouvement brusque il enlève la chaîne et la montre, et quitte la salle en courant. Je le retrouve l'instant d'après, aux prises avec un infirmier qui l'avait suivi. Il était dans un état d'égarement complet. Je lui soufflai sur les yeux et, immédiatement, il se remettait en rapport avec nous. Je lui demande ce qu'il vient de faire. « Rien, je ne sais ! » Je retirai de sa poche la montre qu'il y avait mise, en lui disant qu'il venait de la prendre à M. X... Il s'écrie : « Je ne suis point un voleur ! » et il se met à sangloter, etc. »

L'importance médico-légale de tels faits revêtus d'une authenticité indiscutable ne peut échapper à personne.

Voulût-on se désintéresser de semblables questions où semble planer quelque chose de mystérieux et d'indéfinissable qui met en défiance l'esprit positif de l'homme de science, voulût-on les tenir systématiquement à l'écart, par une dédaigneuse indifférence, que, malgré tout, elles s'introduiraient dans le domaine de nos préoccupations et nous contraindraient à les considérer de plus près, à les commenter d'abord, à les analyser ensuite.

Elles ne sauraient, toutefois, être abordées avec trop de réserve et de prudence. Ce n'est qu'en apportant aux magistrats les données précises d'une observation clinique rigoureuse établissant la filiation des phénomènes morbides, qu'il nous sera permis d'espérer forcer leur conviction.

On n'a pas oublié avec quel succès M. Motet défendit, il y a quelques années, devant le tribunal de la Seine, la cause d'un malade présentant avec la nôtre de frappantes analogies. Il s'agissait d'un jeune homme de vingt-huit ans, inculpé d'outrage public à la pudeur, et chez lequel des accès de somnambulisme avait été constatés depuis longtemps. Le savant aliéniste, fort de la

©BIUM

connaissance des antécédents pathologiques du prévenu et mû par une généreuse initiative, intervint pour faire interjeter appel d'un jugement le condamnant à trois mois d'emprisonnement. L'expertise fut ordonnée et confiée à M. Motet qui, d'un examen attentif du sujet, se crut fondé à conclure que l'outrage public à la pudeur se réduisait à l'un de ces actes automatiques, si communs dans le somnambulisme spontané. En audience, M. Motet eut à soutenir ses conclusions, et comme la Cour manifestait quelques hésitations, désireux de la convaincre, il hypnotisa l'accusé par la simple fixation du regard et le montra privé de volonté, répétant comme un automate, toute la scène qui avait motivé son arrestation. L'expérimentation parut concluante et la Cour, infirmant le jugement frappé d'appel, rendit un verdict d'acquittement.

Pour ce qui est de la responsabilité encourue par un homme dont la conduite est régie par l'automatisme somnambulique, il y a aujourd'hui, semble-t-il, unanimité pour la déclarer nulle. On ne peut qu'exonérer de toute sanction pénale, en effet, des impulsions irrésistibles, inconscientes; mais il est bien évident que l'expert doit se tenir en défiance, afin de se mettre à l'abri de toute supercherie et de déjouer les tentatives de simulation. A des cas de cette nature, il ne saurait accorder une trop grande attention.

Nous ne croyons pas que de nos jours, un médecin légiste voudrait souscrire au jugement si singulièrement sévère que Fodéré portait sur les actes du somnambule: « Celui, disait-il, dont la conscience est toujours conforme aux devoirs sociaux ne se dément pas quand il est seul avec son âme; celui, au contraire, qui ne pense que crime, que faussetés, que vengeance, déploie pendant son sommeil les replis de son inclination dépravée, que la présence des objets extérieurs avaient tenue enchaînée pendant la veille. Loin de considérer ces actes comme un délire, je les regarde comme les plus indépendants qui puissent être dans la vie humaine. Je vois le somnambulisme comme un creuset dans lequel la pensée et l'intention se sont absolument séparées de leur gangue de matière. »

Une pareille théorie, quelque illustre que soit le nom

©BIUM

de celui qui l'a émise, ne se discute plus aujourd'hui. La formule : « *Dormiens furioso æquiparatur* » (Tiraqueau) répond certainement mieux à la vérité et il faut convenir que le juriste, ici, a pleinement raison contre le médecin.

Depuis la rédaction de notre rapport, les accès de somnambulisme spontané ont continué à être très fréquents chez X..., malgré une amélioration sensible dans ses dispositions morales, malgré une détente marquée dans son excitabilité nerveuse, sous l'influence du traitement par des doses élevées de valérianate d'ammoniaque.

Il ne se passe guère de jour ou de nuit sans qu'il soit mis en mouvement par l'impulsion automatique de son cerveau. Il en est résulté, tout récemment, une scène des plus émouvantes.

Le 19 mars, à six heures et demie du matin, X... se lève et peut sortir de la salle, sans qu'on le suive d'assez près pour l'empêcher d'enjamber la balustrade de la galerie qui entoure le jardin intérieur de l'Hôtel-Dieu. De là, il descend sur la corniche dont l'inclinaison semblait devoir le projeter immédiatement sur le sol, de la hauteur du deuxième étage. Il s'y maintient cependant sans gêne apparente et s'avance lentement sur ce cordon de pierre, vers la façade du parvis Notre-Dame. Sur la place les passants s'attroupent bientôt et contemplent avec effroi le somnambule qui, arrivé presque au bout de la corniche, cherche à se retourner, en tâtant le mur.

Un instant, l'anxiété fut extrême dans le groupe qui l'observait, car le malheureux paraissait hésiter dans ses mouvements et être aux prises avec des difficultés insurmontables. Enfin, il put pivoter sur lui-même et éviter une chute que tous les spectateurs voyaient imminente. Il revint alors sur ses pas ; de la corniche il regagna aisément la balustrade sur laquelle il se mit à marcher au pas gymnastique, en comptant : « Une! Deux! Une! Deux! » et il la parcourut ainsi deux fois en sens inverse. A l'aller, il avait évité avec soin des pots de fleurs rangés sur la plate-forme, et qui furent enlevés aussitôt après son passage. Au retour et au moment où il arrive à l'endroit où se trouvait tout à l'heure

©BIUM

ce qui entravait sa course, il s'arrête! Son attitude exprime l'étonnement et, immédiatement, il est pris d'un tremblement nerveux. Sans perdre de temps, on se hisse près de lui, on le saisit... Une crise convulsive éclate et nécessite l'intervention de cinq ou six personnes pour le maîtriser. Le calme renaît enfin; il se réveille. Il ne sait rien du périlleux exercice auquel il vient de se livrer.

M. DOUTREBENTE. — A propos de la supercherie contre laquelle M. Garnier s'est mis en garde, qu'il me soit permis de dire que le commandant de Rochas croit avoir trouvé un moyen sûr de déjouer toute supercherie; après avoir hypnotisé son sujet, il le suggestionne et prétend qu'au moment où le sujet agira sous puissance de la suggestion, il sera insensible.

M. CH. FÉRÉ. — L'anesthésie dont parle M. Doutrebente d'après M. de Rochas, diffère de celle qui a été signalée dans son observation par M. Garnier. Le malade de M. Garnier paraît être un hystérique, il a de l'anesthésie permanente qui n'a rien à faire avec l'état de suggestion; l'anesthésie décrite par M. de Rochas aurait au contraire pour caractère de n'exister que pendant l'état de suggestion chez des sujets ordinairement sensibles. Si ce dernier genre d'anesthésie était constant chez les sujets en suggestion à l'état de veille, il constituerait un signe médico-légal de grande valeur; mais d'après mon expérience il s'en faut que l'état de suggestion chez des sujets éveillés entraîne toujours une modification de la sensibilité. Il faut d'ailleurs être très réservé sur la valeur de l'insensibilité cutanée dans un cas médico-légal; car rien n'est plus facile à simuler, le sujet sachant fort bien que l'expérimentateur n'a pas le droit d'aller jusqu'à produire une lésion sérieuse.

Même inconstant, un signe objectif de l'état de suggestion, pourrait acquérir une valeur considérable dans un cas du genre de celui qui vient de nous être rapporté. Il s'agit d'un individu inculpé de vol. Bien que l'étrangeté ne puisse pas constituer un caractère morbide d'un crime ou d'un délit, puisque ce crime ou ce délit est toujours en somme par lui-même une anomalie, et bien que les criminels et les délinquants ne passent guère pour être d'une intelligence supérieure, ce vol a paru assez bizarre pour provoquer une expertise. L'inculpé semble

©BIUM

atteint d'hystérie et de somnambulisme naturel ; on peut en outre provoquer chez lui un état de somnambulisme artificiel qui ne présente peut-être pas, d'après les descriptions qui en ont été données par MM. Mesnet et Garnier, des caractères objectifs irrécusables, mais qui sont cependant importants, l'existence de l'hystérie et du somnambulisme a paru suffisante pour permettre de conclure que l'acte incriminé est morbide et que l'impunité s'impose. La même conclusion est d'ailleurs tirée de la même manière dans la plupart des rapports médico-légaux qui ont trait à des inculpés de cette catégorie. Quelle que soit l'autorité des auteurs de ces rapports, je ne puis pas me rendre à leurs raisons. Tous les actes des hystériques et des somnambules, tout comme ceux des épileptiques, ne peuvent pas être indistinctement considérés comme morbides ; la nature pathologique de l'acte ne peut être établie que d'après des caractères objectifs propres à l'acte lui-même, et directement observés.

L'amnésie est le phénomène que l'on a l'habitude de considérer comme le plus caractéristique des actes pathologiques des épileptiques et des somnambules ; ce phénomène n'est pourtant constant ni chez les uns ni chez les autres ; et il est d'ailleurs purement subjectif pour l'expert qui doit se contenter du témoignage sujet à caution de l'inculpé. Dans le cas présent, le sujet a déclaré une fois qu'il se souvenait de l'acte incriminé ; dans les autres interrogatoires, il a nié ce souvenir. M. Garnier explique cette contradiction en supposant un dédoublement spontané de la personnalité, dont l'existence n'est révélée par aucune autre circonstance. Les faits de dédoublement *spontané* de la personnalité sont fort rares, je n'en ai jamais rencontré d'exemples malgré une longue fréquentation des hystériques en dehors de l'hypnotisme, mais j'ai bien souvent observé les tendances au vol, le mensonge, etc., chez ces mêmes sujets. Aussi, à défaut de preuves objectives d'un état hypnotique ou d'un autre état pathologique, je suis porté à expliquer une contradiction par un mensonge, plutôt que par un dédoublement de la personnalité.

Les criminels et les délinquants en sont venus à jouir d'immunités singulières : on tend à excuser tous les actes

©BIUM

qui ont été commis sous l'influence d'une passion ; les crimes et les délits absurdes sont reconnus maladifs, on en arrive aujourd'hui à conférer à certains névropathes le bénéfice d'un alibi permanent. La responsabilité matérielle, qui est la sauvegarde sociale, est sacrifiée à la défense de l'hypothèse de la responsabilité morale.

En multipliant les excuses pathologiques, on favorise la confusion qui tend à s'établir entre le criminel et le malade, et on met en évidence la nécessité de réprimer les actes nuisibles et d'exiger la réparation du dommage, quel qu'en soit l'auteur.

Je n'ai pas à discuter d'une manière générale le rapport de M. Garnier, mais je voulais faire ressortir que les suppositions du dédoublement de la personnalité ne repose dans ce cas sur aucun fait d'observation.

M. Paul Garnier. — M. Féré ne se montre pas disposé à accepter l'interprétation que j'ai cru pouvoir proposer relativement à la discontinuité de l'amnésie chez le malade qui fait l'objet du rapport médico-légal que je viens d'avoir l'honneur de vous lire. La raison qu'il en donne est que les exemples cliniques sur lesquels je l'ai appuyée ne lui paraissent pas mériter l'importance qu'on leur a accordée jusqu'à ce jour. Il n'a jamais rencontré, nous dit-il, malgré une longue fréquentation des hystériques, un seul cas de dédoublement spontané de la personnalité. Est-ce bien un motif suffisant pour contester des faits aussi méthodiquement étudiés que ceux qui ont été rapportés et dans lesquels on a nettement montré la réviviscence de la mémoire d'une crise à l'autre ?

M. Féré me permettra de continuer à attribuer quelque valeur à ces faits qui ont entre eux ces traits communs auxquels ils empruntent une consécration scientifique, que l'on ne saurait méconnaître. J'ajouterai qu'ils ont été recueillis par des observateurs dont la sagacité, la compétence et la sincérité ne peuvent être mises en doute.

Appelé à expliquer l'attitude et les dires de l'inculpé, dans des circonstances particulièrement délicates, j'avais le droit et le devoir de signaler une analogie entre des cas déjà publiés et celui que j'avais sous les yeux.

Si les conclusions de mon rapport, — conclusions

©BIUM

acceptées par le magistrat instructeur, — étaient uniquement basées sur cette partie de la question, je pourrais, à la rigueur, comprendre les réserves formulées par M. Féré. Mais en présence d'un état maladif si nettement établi, aussi bien antérieurement que postérieurement à l'acte incriminé, acte accompli dans les conditions que l'on sait, je m'explique peu, je l'avoue, qu'il ait cru devoir signaler les dangereuses tendances, grâce auxquelles les délinquants bénéficieraient selon lui d'immunités singulières. Que M. Féré se soit servi des considérations que je viens de vous exposer, pour nous annoncer qu'on en arrivera, dans ces questions d'automatisme épileptique et somnambulique, *à juger le fait pour le fait*, comme il le dit lui-même, en un mot, à exiger la réparation du dommage, sans s'inquiéter du degré de responsabilité pénale de celui qui en est l'auteur, c'est ce qui me cause un véritable étonnement.

Quant à moi, je croyais et je crois encore que le malheureux dont l'intelligence subit une éclipse, dont la volonté est surprise par l'une de ces impulsions inconscientes, aveugles et irrésistibles, peut s'abriter justement sous la clémence des lois ; je pense aussi qu'il doit trouver son meilleur recours auprès du médecin, lequel devient, en l'espèce, son unique défenseur, car lui seul, par une analyse attentive, qui a l'expérience pour guide, est en mesure de discerner le mobile vrai et de dégager le fait morbide des apparences trompeuses qui le masquent plus ou moins.

Ce n'est point multiplier imprudemment les excuses pathologiques que de conclure, en pareil cas, à l'aide de données précises, à l'irresponsabilité. C'est accomplir dans toute son étendue et en conscience, une mission qui, se gardant des exagérations que personne ici ne songe à encourager, est à l'avantage de la science et de l'humanité.

Folie intermittente et folie des dégénérés.

M. Journiac. — Messieurs, permettez-moi de vous communiquer l'observation d'une dégénérée actuellement dans le service de mon excellent maître M. Magnard, et à ce propos, de vous raconter aussi les trou-

©BIUM

bles intellectuels présentés par son frère, atteint de folie intermittente.

Cette observation me permettra de faire ressortir le lien et surtout la différence qu'il y a entre la folie intermittente et la folie des dégénérés (1).

La nommée R..., âgée de 41 ans, est intelligente, bien constituée et ne présente aucun stigmate physique de dégénérescence.

Une conscience absolue de son état mental lui a permis de me donner elle-même la plupart des renseignements suivants :

Elle n'a jamais eu de maladie sérieuse, autre qu'une attaque convulsive, d'origine vermineuse, à l'âge de trois ans. Peut-être a-t-elle eu depuis trois ou quatre attaques hystériformes.

Elevée loin du monde, elle est toujours restée sauvage ou tout au moins très réservée.

Depuis son jeune âge, elle est sujette aux idées fixes et aux obsessions. Son équilibre mental est presque constamment instable, à certains moments il se rompt et elle devient mélancolique.

C'est ainsi qu'elle a eu huit ou neuf accès dépressifs depuis l'âge de dix-huit ans.

A l'âge de huit ans, dans l'espace de deux mois, elle perd un oncle, deux tantes et sa grand'mère : il en résulte un grand chagrin, et pendant de longues années elle a une peur effroyable du mort.

Chaque fois qu'elle se trouvait dans l'obscurité, elle les revoyait, frissonnait, et couverte de sueur s'empressait de rentrer près des siens.

Elle avait dix-huit ans quand mourut un ami intime de son père, qu'elle connaissait d'ailleurs très peu. Le souvenir de ce mort la poursuit. Tout à coup, elle le voit sortir de la muraille, s'avancer vers elle et elle sent le froid de ses mains qui lui étreignent le cou. Effrayée, elle court à la fontaine se laver énergiquement les mains et la figure.

---

(1) Voir Magnan : « Considérations générales sur la folie : Les héréditaires ou dégénérés ; les délirants chroniques ; les intermittents. » *Progrès médical*, nos 51 et 52 de 1886, 10 et 11 de 1887.

©BIUM

Suit un accès mélancolique qui dure trois ou quatre mois.

D'autres accès ont eu lieu dans des circonstances analogues, tantôt à propos de la perte de sa fille, âgée de quatre mois, tantôt à propos de la perte d'un parent, d'un cousin.

Depuis la mort de son père, elle et sa fille ne peuvent s'endormir sans lumière.

Dès sa plus tendre enfance, elle a eu peur des couteaux pointus. Elle ne peut y toucher ou voir les autres s'en servir sans éprouver une anxiété plus ou moins grande. Souvent l'idée lui est venue d'en frapper quelqu'un. C'est ainsi que pendant l'accès qu'elle eut à l'âge de dix-huit ans, l'envie lui vint de frapper sa mère.

Dans une autre période mélancolique qu'elle eut pendant qu'elle allaitait sa petite fille, elle s'est souvent imaginé qu'elle allait la tuer et chaque fois son angoisse redoublait.

Cette pensée lui est revenue fréquemment et, dernièrement encore, elle racontait à sa voisine qu'elle n'osait regarder dormir sa fille, qu'elle aime beaucoup, l'idée lui venant chaque fois de la couper en deux. Aussi, dès qu'elle se sent malade, a-t-elle la peur de céder à ses impulsions et elle s'empresse de cacher ses couteaux.

Une autre de ces obsessions est la crainte de la malpropreté et du toucher en particulier.

Tout lui paraît sale, elle passe une grande partie de son temps à se laver les mains.

Depuis son mariage, c'est-à-dire depuis dix-neuf ans, cette obsession prend une tournure érotique.

Une première fois, il y a quinze ans, elle déshabillait par la pensée les voyageurs des trains qui passaient sous sa fenêtre ; peu à peu elle arrive à voir dans chaque train des hommes et des femmes nus accomplissant des actes obscènes.

Tout écœurée, elle se reprochait constamment sa curiosité inconvenante.

Ces hallucinations se sont reproduites depuis, chaque fois qu'elle a été malade.

Nous allons étudier la marche de ses idées pendant l'accès actuel.

Elle a perdu son père en novembre dernier, peu de

©BIUM

temps après elle tombait dans l'escalier, tenant en main un pot à eau, et se faisait une grande balafre à travers la joue gauche.

Transportée à l'hôpital, elle y resta deux mois et y amusa tout le personnel par ses idées bizarres. A ce moment déjà, l'interne lui conseillait d'entrer à Sainte-Anne.

Rentrée chez elle, le calme ne dura pas longtemps. Il y a une quinzaine de jours environ, elle devint plus bavarde, parlait à tout le monde en termes plus ou moins libres, contrairement à ses habitudes.

Elle n'ose plus toucher aux boutons de porte, surtout immédiatement après un homme, elle le nettoie avant d'y porter la main.

Dans la rue, quand elle rencontre une ordure ou même un simple crachat, elle s'en écarte avec beaucoup de précaution ; elle revient quelquefois s'assurer qu'elle n'y a pas touché, tourne autour, et plus d'une fois l'idée lui étant venue d'y toucher, elle n'a pas pu résister à cette impulsion.

Quand elle revient des cabinets, elle raconte souvent à sa voisine qu'elle a peur d'être enceinte parce qu'elle vient de toucher le siége, qui a pu être souillé par un homme.

Cette même voisine donne dernièrement à la fille de la malade un jupon de sa propre fille, qui est mariée. Mme R... n'est pas du tout rassurée, elle croit que sa fille peut devenir enceinte en portant le jupon d'une femme mariée.

Partout, jour et nuit, elle voit des hommes et des femmes nus dans des positions plus ou moins lascives, et le récit de ce qu'elle voit ainsi fait souvent les frais de ses conversations ; elle se reproche d'ailleurs toutes ces idées, et c'est souvent ce qui l'attriste.

La nuit elle éveille souvent sa fille, lui disant qu'un homme est là qui veut abuser d'elle.

Sous l'influence de ces idées, elle peut parfois éprouver des illusions.

Dernièrement elle passe dans la rue à 7 heures du soir, voit deux jeunes gens se causer, s'imagine qu'ils font autre chose, finit par voir réellement ce qu'elle s'imagine, et comme elle le dit elle-même, au lieu de

©BIUM

passer rapidement, puisque c'était attirer l'attention de sa fille qui l'accompagnait, elle se retourne plusieurs fois en recommandant à sa fille de ne pas regarder et surtout de ne plus passer par là.

Dans la voiture qui l'amène à Sainte-Anne, elle salit le bas de sa robe, y porte la main sans faire attention et quelques minutes après se frotte les lèvres ; l'idée lui vient que cela peut être du sperme, il en résulte une angoisse inexprimable qui l'empêche de dormir toute la nuit, et encore actuellement elle se promet bien de brûler sa robe dès qu'elle sortira de l'asile.

Elle est toute honteuse de ses idées, se figure que tous ses gestes sont indécents, se fait des reproches et n'ose plus bouger. Elle reste ainsi immobile sur sa chaise, incapable de faire quoi que ce soit.

Notons enfin que fatiguée de toutes ces idées qui la poursuivent, elle a voulu plusieurs fois se jeter par la fenêtre.

Ajoutons à cette longue liste son horreur profonde du vin. Il suffit qu'elle s'imagine qu'il y en a eu dans le verre où elle a bu pour qu'elle ait une indigestion. Elle ne peut même pas mettre le doigt dans un verre où il y a eu du vin sans y passer de l'eau à plusieurs reprises.

Enfin l'obsession du doute ne lui est pas étrangère, puisqu'il lui arrive souvent le soir de retourner plusieurs fois de suite dans sa chambre s'assurer qu'elle n'y a pas mis le feu.

Voyons maintenant rapidement l'observation du frère.

Ce malade est âgé de quarante-trois ans et en est à son quatrième accès de manie ; pour lequel il est actuellement soigné dans le service de M. le docteur Dagonet.

Très intelligent, très docile, dès le jeune âge ses études ne furent qu'une suite de succès.

Encouragé par un oncle prêtre, il se destinait lui-même aux ordres. Des nécessités matérielles le rappelèrent dans sa famille à l'âge de dix-huit ans.

Quelques années après, c'est-à-dire à l'âge de vingt-cinq ans, il songe à se marier, ses parents s'y opposent ; cette contrariété est la cause de son premier accès maniaque, pour lequel il fut traité à Cadillac. Depuis il est

©BIUM

à Paris et il est entré trois fois à Sainte-Anne en mai 76, en novembre 81 et en octobre 86 pour des accès fort analogues au premier.

Jusqu'ici les intermittences sont caractérisées par un retour complet à la santé, son intelligence est intacte, il conserve ses habitudes, ses affections.

Il a rempli les fonctions de comptable dans différentes maisons et toujours on a été satisfait de son travail.

Dans la maison où il habite il est considéré comme un modèle de bonne conduite. Il est sobre, rentre chez lui aussitôt que sa journée est finie et lit des livres de sciences, physique, chimie, médecine, auxquelles il s'intéresse beaucoup.

Il est resté fidèle à ses convictions religieuses, va à la messe tous les jours. On ne lui connaît pas de maîtresse.

Il est habituellement peu communicatif et très réservé, on l'entend à peine dans la maison.

Ses accès débutent presque toujours de la même façon. Les voisins devinent immédiatement quand il va être malade : il est d'abord sombre pendant quelques jours, puis s'excite peu à peu, cause à tout le monde, rentre moins régulièrement, boit, court les femmes, dépense son argent follement et abandonne ses pratiques religieuses. L'accès arrive ainsi à son apogée en quelques jours, il est presque toujours en mouvement, chante, crie, ne dort plus. Il lui est arrivé à cette période de commettre plusieurs actes extravagants, il veut battre tout le monde, même son père.

Chaque fois qu'il est entré à Sainte-Anne, le certificat relate des hallucinations multiples, et les éléments ordinaires de son délire sont des idées vagues de persécution.

Entré à Sainte-Anne en octobre dernier, il a eu en janvier une très courte période de rémission pendant laquelle le désordre de ses idées avait beaucoup diminué. Il commençait à travailler, quand brusquement il s'est agité de nouveau et a été mis en cellule où il est encore actuellement.

Il se croit théologien, grand médecin, il a étudié Hippocrate, Tardieu, Vulpian, Raspail, etc. ; s'il est dans un quartier d'aliénés, c'est pour mieux les observer.

©BIUM

Il fait de nombreuses erreurs de personnalité, prend le personnel du service pour des personnes qu'il a connues autrefois.

Il chante toute la nuit, tient souvent des propos orduriers. Il est impossible de fixer ses idées.

Comme antécédents héréditaires nous trouvons : une mère émotive, ayant comme sa fille une peur exagérée des couteaux pointus.

Un grand-oncle maternel a toujours été considéré dans sa famille comme un bizarre.

Le père, vieux catarrheux, est mort des suites d'une affection gastrique. Parfois il n'avait plus ses idées à lui, il avait des cauchemars, des insomnies.

Un cousin germain du père a été aliéné.

Messieurs, le portrait que je viens de vous faire de ces deux malades et que j'ai essayé de rendre aussi fidèle que possible nous permet, je crois, d'établir nettement les caractères différentiels de la folie des dégénérés et de la folie intermittente.

La sœur, d'une sensibilité maladive dès son enfance, est depuis longtemps marquée des stigmates psychiques de la dégénérescence. Son état mental est toujours au-dessous de la normale, ses obsessions continues la maintiennent toujours dans l'état syndromique.

A certains moments les obsessions s'exagèrent, se compliquent d'illusions, d'hallucinations et déterminent des stades de dépression mélancolique.

Elle a toujours conscience de son état, de l'inanité de ses conceptions et elle n'en est que plus malheureuse.

Elle est atteinte d'une maladie continue avec exacerbations.

Le frère, au contraire, est tout à fait régulier ou tout à fait fou. Heureux quand il se porte bien, il ignore son infortune quand il est malade.

Il est atteint d'une maladie intermittente, et notons, dans le cas particulier, que ces intermittences ont presque toujours la même durée, cinq à six ans, et sont nettement caractérisées par un retour complet à la santé. Il me semble que cette différence est nettement exprimée par ce souhait de la malade : « J'aimerais mieux, dit-elle, être comme mon frère, ou tout à fait normale ou

©BIUM

tout à fait folle, je serais bien moins malheureuse. » En un mot, cet intermittent et cette dégénérée sont bien frère et sœur, mais cette dernière a pris la plus grosse part de l'héritage.

La séance est levée à 6 heures.

CHARPENTIER.

SEANCE SOLENNELLE DU 25 AVRIL 1887.

Présidence de M. MAGNAN.

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

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de M. Motet et de M. Christian qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

2° Une lettre de candidature de M. le Dr Quinemant, médecin en chef de l'asile de Niort (Deux-Sèvres). Une commission composée MM. Foville, Magnan et Briand est nommée à l'effet d'examiner les titres de M. le Dr Quinemant.

La correspondance imprimée comprend :

1° Le n° 4 des *Annales médico-chirurgicales* ;

2° Un rapport statistique sur les cas de folie dans l'état de Pensylvanie.

Rapport de la Commission du prix Esquirol.

M. CHARPENTIER. — Des deux mémoires soumis à l'appréciation de la Commission que vous avez bien voulu nommer pour le prix Esquirol (1), votre rapporteur a peu de chose à dire relativement au mémoire n° 1, dont le titre est : *De la constipation chez les aliénés, sa prophylaxie, son traitement par l'eau de la Source salée.*

Si l'épigraphe de ce mémoire : *Ars tota in observationibus* est juste, il convient de reconnaître que ce travail ne la justifie guère, car les observations, au nombre

(1) Cette commission est composée de MM. Baillarger, Mitivié, Motet, Saury, Charpentier, *rapporteur*.

©BIUM

de trente, n'en ont guère que le titre ; trop sommaires, trop écourtées, trop incomplètes, elles paraissent avoir été prises avec la même promptitude qui a présidé à la rédaction de ce mémoire dont le thème est le suivant : La constipation contribue à la congestion cérébrale, et celle-ci à l'aliénation mentale ; l'eau de la Source salée détruit la constipation, par suite s'oppose à la congestion et enraye les progrès de la folie. Cette eau n'a pas de goût, ne cause aucun trouble, est acceptée par les malades ; elle est supérieure aux autres purgatifs ; on en donne de une à deux bouteilles par jour ; il importe de prolonger son administration ; de telles considérations que nous voyons d'ailleurs accompagner la plupart des innovations purgatives n'ont pu fixer l'attention de votre Commission qui s'est consacrée entièrement à l'examen du mémoire n° 2.

Ce mémoire a pour titre : *Des délires multiples et des intoxications d'origine différente chez le même individu. Revue critique et clinique*, et porte pour épigraphe : *L'avenir de la médecine mentale est dans la clinique et dans l'observation du malade.*

Ce mémoire trop volumineux peut-être, mais qui pourra facilement être réduit, au grand intérêt de l'auteur, en supprimant des redites assez nombreuses et en éclairant d'un jour nouveau les passages assez confus qui ont trait aux délires multiples dans la folie héréditaire, ce mémoire, sous la réserve de ces critiques, fait honneur à l'écrivain qui nous l'a adressé. La première partie consacrée à l'historique est des plus intéressantes ; elle nous montre très bien et l'impulsion produite par les travaux de M. Magnan sur les productions distinguées de ses élèves, et la part prise par ses devanciers, tels que Esquirol, Morel, Magnus Huss, qui déjà avaient décrit des malades présentant des délires dus à des origines différentes. Il insiste sur la description synthétique et méthodique de Lasègue et surtout sur son analyse des symptômes permettant de déceler la part qui revient au délire alcoolique et celle qui appartient à la paralysie générale, à l'épilepsie, au délire de persécution, et de l'influence héréditaire. Lasègue avait décrit ces délires multiples sous le nom de complications et Magnan, d'abord sous le nom de combinaisons, puis sous

©BIUM

le nom de coexistence. — L'auteur fait remarquer que les travaux de M. Magnan marquent une étape sérieuse dans l'étude des délires multiples, en distinguant nettement la combinaison de la coexistence. — Cette première partie ne laisse rien à désirer, elle est complète, claire, et prouve de la part de l'auteur un grand sens critique.

La seconde partie est consacrée à l'étude même de la coexistence de plusieurs délires chez un seul sujet et contient des observations personnelles à l'auteur. Ces observations bien prises, bien détaillées, indiquent chez celui qui les a prises l'habitude des aliénés, mais à notre grand regret trop peu de préoccupation de rechercher et de noter des caractères somatiques ou des antécédents morbides, si ceux-ci ne sont pas d'ordre nerveux.

L'auteur nous indique sa préférence pour le terme coexistence de plusieurs délires et l'imperfection du mot délires multiples, qui pourrait être appliqué à la compréhension des éléments morbides disparates que l'on retrouve réunis dans le délire des aliénés. L'auteur élimine de la coexistence des délires multiples, les délires variés à l'infini que l'on retrouve dans la folie des dégénérés et des héréditaires ; mais plus loin il nous paraît se contredire, si toutefois il comprend la folie des héréditaires comme la comprend M. Magnan, car il nous décrit des délires de persécution sur des sujets présentant la plupart des signes de la folie héréditaire de M. Magnan. Il élimine également les alternatives d'excitation et de dépression chez les paralytiques généraux ; il élimine, rentrant dans l'ordre d'idées de M. Magnan, le délire ambitieux dans le délire chronique ou chez les persécutés type Lasègue, ce sont les pages qui ont traité ces questions qui, à notre avis du moins, ont besoin d'être revues par l'auteur et exposées avec plus de clarté.

Toutes les observations et réflexions relatives aux combinaisons de l'éthylisme avec la paralysie générale, l'épilepsie, le délire de persécution, contribuent à faire l'éloge de leur auteur qui, dans cette seconde partie, s'est montré à la hauteur de sa tâche.

La troisième partie est consacrée aux intoxications d'origine différente chez le même individu. Ici notre attente a été quelque peu déçue. L'auteur se proposait d'étudier

©BIUM

des malades victimes à la fois de plusieurs des intoxications suivantes : éthylisme, morphinisme, cocaïsme, théisme, éthéromanie, absinthisme, etc ; malheureusement il ne nous apporte que peu des faits nouveaux à cette étude qui, à elle seule, pouvait constituer un mémoire important. Toutefois son grand sens critique se manifeste encore avec peut-être un excès de tendance vers la synthèse, ce danger permanent dans les études d'une science qui commence. Il nous fait remarquer avec juste raison que cette coexistence de plusieurs intoxications chez le même individu doit être rattachée à l'état de dégénérescence, mais il cherche à nous l'expliquer par un caractère commun à beaucoup de dégénérés, la soif de l'inconnu. L'auteur aurait dû réfléchir que nombre de gens bien équilibrés ont aussi soif de l'inconnu, mais qu'ils se gardent bien de boire ou d'absorber ce qu'ils ne connaissent pas ou ce qu'ils ne connaissent que par les dangers qui peuvent en résulter.

En résumé, ce mémoire très bien rédigé, bien exposé, qui se lit facilement jusqu'à la dernière page, indique chez son auteur l'amour et l'habitude du travail, un grand discernement, et une ambition justifiée pour laquelle le prix Esquirol peut être considéré comme un favorable encouragement.

En conséquence, votre Commission a l'honneur de proposer à la Société médico-psychologique l'auteur du mémoire n° 2 comme seul lauréat du prix Esquirol.

Conformément aux conclusions de ce rapport, M. le Dr Georges Pichon, chef de clinique des maladies mentales à l'asile Sainte-Anne, auteur du mémoire n° 2, est proclamé lauréat du prix Esquirol, et reçoit les félicitations du président.

Éloge de J. Moreau (de Tours).

M. Ritti. — Messieurs, « depuis plus de sept mille « ans qu'il y a des hommes et qui pensent, » on cherche à définir le génie. Passe-temps de poètes, de moralistes, de littérateurs, ces définitions, souvent ingénieuses, dénotent une grande aptitude à la comparaison et un sincère enthousiasme pour les supériorités en tout genre. La psychologie, à son tour, est venue appliquer sa froide

©BIUM

et subtile analyse à ces qualités d'esprit exceptionnelles, que le vulgaire se contente d'admirer.

A chaque phase de l'évolution sociale on voit éclore un plus ou moins grand nombre de ces intelligences d'élite, qui dépassent de si haut leurs contemporains et semblent comme des phares lumineux indiquant à l'humanité la route de l'avenir. La philosophie de l'histoire, soucieuse d'expliquer les phénomènes qu'elle étudie, s'est efforcée, mais sans beaucoup de succès, de découvrir les lois qui président à cette éclosion.

Plus audacieuse encore, la biologie a osé faire descendre le génie des régions surnaturelles où il planait jusque-là, pour le soumettre au principe fondamental de ses recherches, le rattacher aux lois générales de la physiologie, et démontrer que sa manifestation est associée à certaines conditions organiques nécessaires. L'audace parut grande ; et l'auteur de la *Psychologie morbide* qui donna à ce genre d'étude tout son développement et formula d'une façon précise ces conditions organiques, ne put échapper à ces critiques acerbes, lot ordinaire de tous ceux qui dérangent les idées reçues. Comme la majorité des novateurs, il avait prévu ces attaques ; mais confiant en l'avenir et plein de foi dans l'exactitude de ses doctrines, il écrivait au début de son livre : « Plus d'une comparaison a été faite de la lu-
« mière du soleil avec la vérité ; on en a oublié une :
« dans le désert, lorsque le vent des quarante jours, le
« *Kamsin* vient à souffler, il soulève des tourbillons de
« sable, qui, s'interposant entre le ciel et la terre, font
« paraître le disque de l'astre, tantôt d'un jaune livide,
« tantôt d'un rouge de sang. La nature tout entière en
« est attristée ; la terreur est partout, chez les animaux
« comme chez l'homme.... Ainsi, il arrive qu'une phi-
« losophie nuageuse soulève au-devant de la vérité des
« préjugés de toute sorte qui lui donnent un aspect
« sinistre et menaçant. Mais comme les sables du dé-
« sert, les préjugés ne tardent pas à se dissiper, et,
« comme le soleil, la vérité reprend bientôt tout son
« éclat. »

Mais Moreau (de Tours) n'est pas l'homme d'une seule formule, d'un seul livre : un des créateurs de la psychologie expérimentale, il s'est servi des effets du

©BIUM

hachisch sur le système nerveux, pour déterminer avec plus de précision certaines fonctions de l'esprit ; clinicien d'une rare sagacité, il enrichit la pathologie mentale de plusieurs vérités nouvelles que le temps a confirmées ; enfin, intelligence éprise de philosophie, il imprima à tous ses écrits ces qualités de méthode, de clarté et de généralisation, qui sont pour une œuvre de science les plus sûres garanties de durée.

Jacques-Joseph Moreau naquit à Montrésor (Indre-et-Loire), le 3 juin 1804. Peu de provinces ont produit un plus grand nombre d'illustrations médicales que la Touraine. Qui ne connaît Bretonneau, Velpeau et Trousseau? Mais parmi les noms qu'on pourrait encore citer, il en est trois qui honorent tout particulièrement l'histoire de la médecine mentale : Georget, qui avait acquis une juste renommée par ses travaux sur la folie et la médecine légale des aliénés, lorsqu'il mourut, à peine âgé de trente-trois ans ; Moreau (de Tours), dont les titres scientifiques vont être exposés ; Baillarger enfin, à qui la science est redevable d'une série de découvertes cliniques, fruit d'une observation patiente et scrupuleuse mise au service d'une intelligence particulièrement vive, juste et pénétrante.

Le père de Moreau, soldat des armées de la République et de l'Empire, faisait partie de cette cavalerie de Pichegru, qui, en quelques semaines, conquit la Hollande et termina ses exploits en s'emparant de la flotte ennemie emprisonnée dans les glaces, près du Texel. Il parcourut ensuite toute l'Europe, assistant à la plupart des batailles auxquelles les caprices d'un maître ambitieux conduisait nos armées, il gagna la croix de la Légion d'honneur à la pointe de son épée, et ne prit sa retraite qu'après la bataille de Waterloo. Il alla finir ses jours en Belgique ; pris d'une très vive passion pour les mathématiques, il consacra tout son temps à l'étude de cette science qui, selon Fontenelle (1), « n'a pas cou-« tume de laisser en paix ceux dont elle a une fois pris « possession .»

Pendant que le père menait cette existence tourmen-

(1) *Eloge de M. Viviani.*

©BIUM

tée, le fils commençait au collège de Chinon ses études classiques, qu'il vint terminer plus tard à celui de Tours. Elles furent solides et brillantes, et lui permirent de passer avec succès ses examens du baccalauréat.

Ce qu'il avait été au collège, il le fut à l'Ecole de médecine, où il prit ses inscriptions : un étudiant zélé, laborieux, avide de s'instruire. A l'hospice général de Tours, le service médical était alors dirigé par un des médecins les plus réputés de l'époque. Bretonneau, ce modeste praticien « relégué dans sa province », s'est acquis à un double titre l'estime de la postérité : à la gloire d'avoir par ses découvertes augmenté le capital de la science, il joignait ce mérite si rare de savoir former des élèves et de leur faire partager la passion d'observer dont lui-même était dominé ; Moreau eut l'heureuse chance de suivre les leçons de cet incomparable enseignant.

Après deux années de stage auprès d'un tel maître, il vint à Paris pour terminer ses études et prendre ses grades. Nous ignorons par quel concours de circonstances il fut amené à solliciter une place d'interne à la maison de Charenton ; mais ce qui n'est pas douteux, c'est que le 6 juillet 1826, date de sa nomination, il trouva sa voie, celle qu'il devait suivre pendant près de soixante ans avec autant d'honneur pour lui-même que de profit pour la science.

Il y avait six mois à peine que, cédant à de pressantes instances, Esquirol venait de prendre la succession de Royer-Collard à Charenton (1) ; il devait porter dans cet établissement d'utiles réformes et en accroître la renommée. Tout a été dit sur cet homme éminent, un des plus grands noms de la médecine mentale de ce siècle. Sa réputation était européenne ; ses travaux, son enseignement avaient fait de lui le maître incontesté de la science ; ses écrits faisaient loi, on les étudiait, on les commentait ; c'est d'eux que s'inspiraient tous ceux qui composaient des mémoires ou écrivaient des livres sur la pathologie mentale. Cette sorte de royauté intellec-

(1) En 1825, et non en 1826, comme le dit Pariset, dans son *Eloge d'Esquirol*. Royer-Collard, en effet, mourut le 27 novembre 1825, et le 10 décembre suivant Esquirol le remplaçait.

©BIUM

tuelle continua de subsister longtemps après la mort de celui qui se l'était créée, grâce à des qualités d'esprit réellement supérieures ; des disciples nombreux et dévoués faisaient d'ailleurs bonne garde autour des idées du maître et les défendaient avec chaleur et conviction contre tous ceux qui osaient porter sur elles une main sacrilège.

Grand par l'intelligence, Esquirol ne l'était pas moins par le cœur. Elle est de lui cette belle maxime : « Il « faut aimer les aliénés pour être digne et capable de « les servir. » La vue des souffrances qu'enduraient les malades par suite de la mauvaise organisation des asiles, lui arracha des pages d'une éloquence émouvante, persuasive, qui ne furent pas sans agir puissamment sur les pouvoirs publics, et contribuèrent à améliorer le sort de ces parias de la société. Cette « pitié qui l'animait pour la souffrance et le malheur », « l'élévation et la loyauté de son caractère, » « les soins paternels qu'il prenait de ses élèves », n'avaient pas moins contribué à sa réputation que « la finesse et la solidité de son esprit » (1).

Auprès d'un tel maître Moreau acquit rapidement de sérieuses connaissances en médecine mentale, que surent étendre encore son ardeur au travail et son appétit de recherches. Sous la direction de cet incomparable clinicien, il apprit surtout ce qu'on peut appeler le maniement du malade, c'est-à-dire cette habitude de l'examiner, de l'interroger, de deviner parfois ce qu'il cherche à dissimuler, de s'initier à ses mœurs, à ses passions : habitude qui ne s'acquiert pas dans les livres, mais en vivant constamment avec les aliénés. C'était d'ailleurs là un des préceptes de l'illustre médecin de Charenton : « Il faut vivre avec les fous, écrit-il quel- « que part, pour avoir des notions exactes sur les cau- « ses, les symptômes, la marche, les crises, les termi- « naisons de leur maladie : il faut vivre avec eux pour « apprécier les soins infinis, les détails sans nombre « qu'exige leur traitement. »

Esquirol, frappé de la vivacité d'intelligence de son nouvel interne et de sa curiosité d'apprendre, le prit en

(1) Pariset, *Éloge d'Esquirol.*

©BIUM

affection ; il ne lui ménagea ni ses conseils, ni ses marques de sympathie, et dès qu'il fut reçu docteur, il lui donna un de ces postes de confiance auxquels il n'appelait que ses disciples d'élite.

Moreau avait choisi pour sujet de sa thèse de doctorat la question suivante : *De l'influence du physique relativement au désordre des facultés intellectuelles et en particulier dans cette variété de délire désignée par M. Esquirol sous le nom de monomanie.* Il la soutint le 9 juin 1830, sous la présidence d'Andral.

Dans le grand débat qui divisait alors comme aujourd'hui les penseurs sur la question des rapports du physique et du moral de l'homme, Moreau prend hardiment partie pour les idées soutenues par Cabanis et en fait une application heureuse à l'étude de la folie. A l'école qui ne veut voir dans la maladie mentale qu'une manifestation purement psychique, il oppose un tableau rapide de tous les symptômes physiques qui la précèdent, l'accompagnent et semblent en quelque sorte faire corps avec elle. Au point de vue étiologique, il n'hésite pas à poser en principe que : « à l'exception « d'un petit nombre de cas, on peut toujours assigner « quelque accident physique au début de la folie, ou « comme ayant agi de concert avec des affections mo- « rales. » En ce qui concerne la marche de la maladie, il démontre que, dans le délire général aussi bien que dans le délire partiel, des désordres physiques se développent parallèlement aux troubles intellectuels et moraux, qu'ils se lient même étroitement avec eux et ne disparaissent que lorsque ces derniers se dissipent.

Ce travail, un peu hâtif, d'après son auteur lui-même, est certes d'un débutant ; mais on y sent à la lecture un esprit sérieux, réfléchi, qui a passé en revue les diverses doctrines et n'a pris position qu'après mûr examen. Moreau s'engageait ainsi, à l'âge de vingt-six ans, dans l'école somatique que l'on qualifiait à l'époque de matérialiste, non sans une certaine nuance de dédain. Il lui resta fidèle toute sa vie, et, grâce à ses efforts, grâce même aux travaux de ses adversaires, il eut la satisfaction de voir ses principes presque universellement adoptés.

On raconte que les anciens envoyaient leurs aliénés

©BIUM

prendre l'hellébore à Anticyre, ou bien à l'île de Leucade pour y faire le fameux saut périlleux qui avait aussi la propriété de guérir de leur passion les amants malheureux. L'histoire est muette sur le nombre de guérisons obtenues par ces deux méthodes. Mais à quoi bon invoquer l'histoire à propos de légendes mythologiques, comme on en trouve à l'origine de grand nombre de médicaments? Ainsi cette précipitation de l'aliéné dans la mer du haut d'un rocher semble être l'explication fabuleuse du bain de surprise, autrefois très en honneur, mais peu usité aujourd'hui ; l'helléborisme avec toutes ses bizarres cérémonies, n'est-ce pas la méthode dérivative ou révulsive associée au traitement moral?

Quoi qu'il en soit, histoire ou légende, ce qui paraît certain, c'est que les anciens prescrivaient les voyages aux aliénés, que les Grecs atteints de mélancolie cherchaient un remède à leur tristesse dans ces îles de la mer Egée, si chères aux poètes ; comme, de nos jours, les Anglais promènent leur spleen à travers le midi de l'Europe et même dans leurs colonies les plus éloignées. Ce mode de traitement était fréquemment employé par Esquirol ; il lui trouvait de nombreux avantages : la distraction de l'esprit, surtout si l'on fait visiter au malade des pays éloignés, dont le site et l'aspect saisissent son imagination ; le mouvement qui, en activant toutes les fonctions, provoque l'appétit et le sommeil. Il le jugeait surtout utile aux convalescents « qui crai-« gnent de rentrer dans le monde, où ils redoutent « d'avoir à parler de leur maladie, et sont moins in-« quiets après un voyage qui est le sujet de leurs con-« versations avec leurs amis et leurs parents ».

Il est évident qu'un pareil mode de traitement exige, pour être efficace, certaines conditions de bien-être et surtout de surveillance que la fortune seule peut procurer. Esquirol avait une nombreuse clientèle, on venait le consulter de tous les points de la France et même de l'étranger. Parmi ceux qui avaient recours à ses lumières, se trouvaient des malades riches auxquels il pouvait conseiller de longs voyages ; il les confiait alors aux soins intelligents de ses jeunes internes, devenus docteurs.

Moreau, dès qu'il eut soutenu sa thèse, fut ainsi en-

©BIUM

voyé en mission par son maître ; il reçut de ses mains un malade auquel il dut faire visiter la Suisse et l'Italie. C'était là une excellente aubaine. Outre le plaisir d' « entreprendre un voyage en lointain pays », il était flatté de la responsabilité médicale qui lui incombait et de la confiance qu'on avait en son caractère prudent et résolu. Il eut à cœur de prouver que cette confiance était bien placée ; il remplit si bien son rôle de médecin traitant, attaché à la personne, dosant avec une telle habileté les distractions à prescrire, qu'au bout de peu de temps, il vit les troubles intellectuels de son client s'amender, puis disparaître, et qu'il put le ramener en France complètement guéri.

Il se reposa des fatigues de son voyage en travaillant. Lecteur infatigable, patient observateur, il réunit avec soin les documents d'une œuvre qu'il publia en 1836. Elle est intitulée : *Les facultés morales considérées sous le point de vue médical; de leur influence sur les maladies nerveuses, les affections organiques*, etc. On sait de quelle façon magistrale l'illustre Cabanis a étudié les rapports du physique et du moral de l'homme ; mais, dans cette étude, il s'est attaché surtout à faire connaître la subordination des idées et des sentiments aux différentes conditions physiques, telles que l'âge, le sexe, les tempéraments, les maladies, le régime et le climat. Un seul des douze mémoires qui composent son livre est consacré à la difficile question de l'influence du moral sur le physique. Le sujet y est traité avec cette largeur de vue, ce profond sens philosophique, qui caractérisent tous les écrits de ce profond penseur, mais il est loin d'être épuisé. Parmi les points qui réclament de plus amples développements, se trouve celui qui a fait l'objet des recherches et des méditations de Moreau.

« Voulez-vous vivre en bonne santé? Soyez maître « de votre cœur », dit le proverbe chinois qu'il a pris pour épigraphe de son travail. Personne ne voudra mettre en doute ces sages paroles, surtout après la lecture des nombreux documents que Moreau a réunis et classés avec méthode pour démontrer l'influence des émotions vives sur la genèse et le développement des maladies les plus diverses. Peut-être un esprit critique trouvera-t-il qu'il y a là une sorte d'exagération étiolo-

©BIUM

gique ; il passera volontiers condamnation pour les maladies du système nerveux et certaines affections du cœur ; que de réserves il fera pour les autres chapitres de la pathologie ! Cependant, tout en faisant au scepticisme sa part, mieux est de ne pas le pousser trop loin. Le problème de l'action du moral sur le physique, ou mieux du cerveau sur le reste de l'organisme, est un problème scientifique ; la clinique et la physiologie expérimentale accumulent les matériaux pour le résoudre ; l'écrivain qui voudra les mettre en œuvre n'oubliera pas son prédécesseur et rendra justice à ses efforts.

Son livre terminé et publié, Moreau, que sa première mission médicale avait mis en goût, aspirait à partir de nouveau. Nature d'artiste, il avait ressenti une joie profonde à visiter l'Italie, ses musées, ses monuments ; esprit indépendant, il se plaisait à cette existence aventureuse, heureux de promener sa curiosité de ville en ville, de s'arrêter ici pour travailler, là pour son plaisir. Voyager était devenu pour lui un besoin. Rien d'ailleurs ne le retenait en France ; jeune encore, il n'avait nul désir de se fixer. Pris, en quelque sorte, de la nostalgie des pays étrangers, il n'attendait qu'une occasion de combattre son mal. Elle lui fut offerte par Esquirol qui lui confia un nouveau malade, mais cette fois pour une très longue absence : il s'agissait d'un exil de trois ans et d'un voyage en Orient.

Visiter l'Orient ! Quel rêve pour un jeune homme ! Et à un moment où les yeux étaient tournés vers ces pays du soleil d'où venaient, depuis dix ans, les nouvelles les plus extraordinaires ! Chaque étape devait le mener dans des lieux où les souvenirs classiques pâlissaient devant les événements plus récents. On ne pensait guère aux Pharaons en foulant le sol de l'Egypte, gouvernée par le célèbre Méhémet-Ali, cet « esclave heureux et rebelle » qui, après avoir fait massacrer les Mamelouck, se révolta contre son suzerain, tenta la résurrection de l'empire des Califes, ouvrit son pays à la civilisation européenne et devait terminer cette longue et glorieuse existence dans les symptômes de la plus dégradante folie. En parcourant l'Asie Mineure, on s'intéressait moins à la rapide campagne d'Alexandre le Grand qu'aux exploits d'Ibrahim-Pacha et de ses trente mille

©BIUM

Egyptiens, dont les marches forcées et les victoires répétées venaient de fortement ébranler la puissance du Sultan. Mais, pour une jeunesse enthousiaste, qu'étaient ces événements, quelque mémorables qu'ils fussent, auprès de l'héroïque guerre de l'indépendance hellénique? Les poètes avaient chanté, et la défense de Missolonghi éclipsait la gloire de Marathon ; la victoire navale de Navarin semblait surpasser en résultats celle de Salamine.

Moreau qui avait tous les enthousiasmes de son âge, avait aussi ce sérieux que donnent le désir de connaître et l'habitude de l'observation scientifique. Il fut sans doute profondément ému en visitant tous ces lieux, témoins des premiers pas de l'humanité dans la voie de la civilisation ; mais tout en faisant sa part à l'admiration, il voulut s'instruire et tirer profit de ce qu'il voyait. Pour se faciliter la tâche, il adopta le costume et les habitudes des pays qu'il traversait ; grâce à ce moyen, il put pénétrer partout, amasser sur les mœurs, les coutumes, les croyances religieuses, une multitude de faits qu'il consignait avec soin ; car il écrivit la relation complète de son voyage, et d'après ce qu'on en connaît, on doit regretter qu'il n'ait pas eu l'idée de la publier. Ce qu'il en a fait connaître au public médical, ce sont les visites qu'il a faites dans les établissements d'aliénés, les renseignements qu'il a recueillis avec soin sur la folie dans ces régions.

Il y a cinquante ans, l'assistance publique des aliénés en Orient n'était pas sans analogie avec ce qui se passait chez nous en plein moyen âge ; les fous tranquilles vivaient en liberté, objet de la commisération et même du respect des populations superstitieuses ; les agités et les dangereux étaient relégués dans d'étroits cabanons, une chaîne rivée au cou et recevant à peine ces soins grossiers que le paysan prodigue à son bétail ou le directeur d'une ménagerie à ses bêtes féroces. Impossible dans ces conditions de dresser des tableaux statistiques — ce produit des civilisations avancées — indiquant le chiffre des aliénés et sa proportion à celui des habitants, la fréquence des diverses formes de folie et le nombre des guérisons. En l'absence de documents officiels, Moreau questionne médecins et gardiens; il

©BIUM

observe avec soin les malades, les fait interroger par son drogman pour se faciliter le diagnostic de leur délire; il s'entoure en un mot de tous les renseignements susceptibles de le conduire à des conclusions réellement scientifiques. Elles sont intéressantes et méritent d'être signalées, malgré le demi-siècle qui nous sépare de l'époque où elles ont été formulées.

Ce qui frappe tout d'abord et qui ne peut être révoqué en doute, c'est qu'en Orient les aliénés sont infiniment moins nombreux qu'en Europe. Cette différence si marquée s'explique-t-elle par le climat, la race, ou bien par les institutions politiques et religieuses? Moreau le croit et s'applique à le démontrer; il se range à l'avis de Montesquieu qui admet la solidarité de ces divers éléments sociaux, surtout chez les peuples orientaux. On connaît les théories de l'auteur de l'*Esprit des lois*. « La chaleur du climat, dit-il (1), peut être si ex-
« cessive que le corps y sera absolument sans force.
« Pour lors, l'abattement passera à l'esprit même; au-
« cune curiosité, aucune noble entreprise, aucun senti-
« ment généreux; les inclinations y seront toutes pas-
« sives; la paresse y fera le bonheur ; la plupart des
« châtiments y seront moins difficiles à soutenir que
« l'action de l'âme et la servitude moins insupportable
« que la force d'esprit qui est nécessaire pour se con-
« duire soi-même. » Cette paresse de l'esprit, naturellement liée à celle du corps, est la cause unique de l'immutabilité de la religion, des mœurs, des lois, dans les pays d'Orient. De là cette résignation, en quelque sorte héroïque, qui met le musulman à l'abri des émotions imprévues et le munit contre l'adversité. Grâce à cette soumission aveugle aux lois de sa nature, ainsi qu'à celle du milieu physique et social dans lequel il est né, l'Oriental échappe à la folie; tandis que l'homme d'Occident, dont le cerveau est en constante ébullition à la recherche de l'absolu et qui fatigue les ressorts de cette délicate machine dans l'espérance d'atteindre un mieux idéal qui lui échappe sans cesse, se trouve exposé à de cruels mécomptes; aussi « vaincu par les événements,

(1) *Esprit des lois*, liv. XIV, chap. 2 et 4.

©BIUM

« trompé dans ses prévisions, il succombe souvent à la « tâche, s'égare et tombe dans l'aberration ».

Il y a certes bien du vrai dans cette théorie. Ce qui semble lui donner encore plus de force, c'est l'excessive rareté de la paralysie générale et des autres maladies organiques du système nerveux, dont le nombre est si considérable dans tous les pays civilisés. En Orient, on n'observe guère que des vésanies, qui ont pour cause principale, on pourrait presque dire unique, l'exaltation des idées religieuses. Celles-ci sont en général empreintes d'une telle crédulité, qu'on vénère comme des santons les nombreux imbéciles et déments qui, dans les villes et les villages, errent en liberté et vivent d'aumônes. Moreau a donné de quelques-uns d'entre eux des croquis d'un réalisme saisissant. Tel par exemple, celui de ce malheureux qu'il rencontra dans la ville de Siout. « Il était dans un état *complet* de nudité. Des « cheveux noirs, épais, tout souillés de boue, tom- « baient en désordre sur ses épaules. Sa barbe, d'une « longueur démesurée, était toute ruisselante de salive, « et ne laissait voir qu'une partie de ses traits amai- « gris et contractés par la souffrance. Sa jambe gauche, « rongée par un ulcère, était à demi fléchie et semblait « paralysée. Il se traînait péniblement, soutenu par deux « serviteurs, dont la bonne mine, le costume assez « soigné, contrastaient singulièrement avec la face ca- « davéreuse et la hideuse nudité de leur maître. Il par- « lait seul, à haute voix, et avec une extrême volubilité. « M'étant informé de ce qu'il disait : « Lui seul le sait, « me répondit naïvement mon drogman, car il parle « une langue inconnue, la langue sans doute que les « élus d'Allah parlent dans le ciel. »

Aussitôt de retour à Paris, Moreau s'empressa de renouer avec ses anciennes relations et de s'en créer de nouvelles. Il retrouva Esquirol et son cercle de disciples, parmi lesquels il comptait de nombreux amis. Le maître le reçut à bras ouverts; il prodigua à cet élève si cher les témoignages de son affectueuse bienveillance, lui facilitant par tous les moyens les débuts, toujours si difficiles à Paris, de la carrière médicale.

Moreau avait tout ce qu'il faut pour réussir Son physique des plus agréables, ses manières d'une rare

©BIUM

distinction, son esprit fin et délicat, le faisaient bien accueillir partout. A toutes ces qualités il en joignait une autre, très prisée à l'époque : il revenait d'Orient, et l'Orient était plus que jamais à la mode. Lamartine venait de publier les impressions de son fastueux voyage et l'on dévorait ces pages éloquentes du grand enchanteur, on lisait et relisait ses descriptions poétiques d'un charme si pénétrant. Quelle satisfaction de pouvoir en causer avec quelqu'un qui avait admiré les mêmes paysages, visité les mêmes villes, de lui faire raconter — et Moreau était un conteur des plus spirituels — des détails plus intimes et plus piquants sur les mœurs et les coutumes de ces pays qui excitaient une si vive curiosité !

Ces succès de salon, quelque agréables qu'ils fussent, ne pouvaient suffire à un esprit de la trempe de Moreau ; il en désirait de plus relevés et de plus durables, de ceux qui s'obtiennent par un labeur scientifique continu et fécond : ils ne lui manquèrent pas.

Dès les premiers jours de 1840, la nouvelle se répandit qu'un concours pour quatre places de médecins aliénistes de Bicêtre et de la Salpêtrière aurait lieu dans le courant de l'année. L'occasion était belle, il s'agissait d'en profiter. Les concurrents seraient nombreux, il fallait donc se préparer à la lutte. Moreau se mit au travail : grâce à son intelligence ouverte et à sa mémoire si sûre, il eut bien vite comblé les lacunes que son absence prolongée avaient produites dans son éducation médicale; il trouva même le temps de composer deux mémoires de pathologie mentale, prouvant ainsi d'avance à ses juges sa très grande aptitude pour les études médico-psychologiques.

Le premier de ces travaux, consacré à l'étude *de la folie raisonnante envisagée sous le point de vue médico-légal*, s'attaque à une question nouvelle alors, bien débattue depuis, et qui, malgré de nombreuses controverses, n'a pas encore reçu une solution ralliant tous les esprits. Pour Moreau, cette folie raisonnante, ou *logimanie*, néologisme qui n'a pas été appelé à un grand avenir, est ce que nous appelons aujourd'hui la folie avec conscience. Cela ressort clairement de la définition suivante : « Si, d'une part, les *logi-maniaques* sont affectés

©BIUM

« d'anomalies mentales, réprouvées par la raison uni-
« verselle, d'une autre, ils jugent sainement ces ano-
« malies, les condamnent, et s'ils ne réussissent pas
« toujours à se soustraire à leur influence, du moins
« lui opposent-ils toute la résistance dont ils sont capa-
« bles. » Cette sorte de dualisme, de manichéisme du moi, est analysée avec beaucoup de finesse ; de nombreux faits cliniques, heureusement choisis, viennent illustrer les descriptions et leur donner plus de force. On hésite d'abord à suivre l'auteur dans son examen de la folie raisonnante chez les maniaques, les monomaniaques et les déments ; mais sa logique finit par vous entraîner et on sort de cette lecture, sinon entièrement convaincu, du moins fortement ébranlé.

Au début de ce travail, Moreau donne comme caractère fondamental de la folie, « l'opposition existant
« entre la manière dont un ou quelques individus per-
« çoivent, jugent, raisonnent, etc., en un mot, existent
« intellectuellement, et celle des autres hommes, c'est-
« à-dire de la presque totalité du genre humain. » Cette définitition devait recevoir son développement dans le second mémoire qui a pour titre : *Etudes psychiques sur la folie*, et pour sous-titre : *Qu'est-ce que la folie?* Je ne sais plus quel philosophe avait coutume de dire :
« Quand on ne me demande pas ce que c'est que le temps,
« je le sais fort bien ; je ne le sais plus quand on me le
« demande. » On pense involontairement à cette boutade, lorsqu'on passe en revue les innombrables définitions qu'on a données de la folie. Aucune ne satisfait l'esprit. Moreau a-t-il mieux réussi en cherchant dans le consentement universel le criterium qui permet de juger si une conception est ou non délirante? A quoi Leuret a répondu d'avance dans cette phrase si souvent citée : « Il ne m'a pas été possible, quoi que j'aie fait,
« de distinguer par sa nature seule, une idée folle, d'une
« idée raisonnable. J'ai cherché soit à Charenton, soit
« à Bicêtre, soit à la Salpêtrière, l'idée qui me paraî-
« trait la plus folle ; puis, quand je la comparais à un
« bon nombre de celles qui ont cours dans le monde,
« j'étais tout surpris et presque honteux de n'y pas
« voir de différence. »

Le concours s'ouvrit ; la lutte fut vive et se termina

©BIUM

par la nomination de Baillarger, Trélat, Moreau et Archambault, tous quatre élèves d'Esquirol. Ce fut une grande joie pour le maître. Il applaudit de tout cœur au succès de ses disciples ; il espérait les voir monter plus haut encore et comptait bien les y aider : cette douce satisfaction ne lui fut pas accordée. Il mourut peu de temps après, entouré de tous ceux qui l'aimaient et qui conservèrent avec une piété religieuse la mémoire de de cet homme de bien. Une des œuvres auxquelles il attacha son nom, la maison de santé d'Ivry devint l'héritage d'un de ses neveux, le Dr Mitivié, médecin de la Salpêtrière. Celui-ci, comme pour obéir à un désir posthume de son oncle, s'adjoignit deux de ses élèves, les plus chers et les plus dévoués : Baillarger et Moreau dirigèrent de concert avec lui ce bel établissement, et, au bout de quelques années, en devinrent les propriétaires.

Désormais l'aisance est assurée ; plus de ces soucis du lendemain, qui stimulent certains esprits, mais qui trop souvent traînent après eux la stérilité. Moreau put se consacrer tout entier au travail : il avait trente-six ans, l'âge de la pleine vigueur intellectuelle ; il se trouvait à Bicêtre à la tête d'un important service, vaste champ d'observation ouvert à son activité.

Il y devint le collègue d'un homme, comme lui élève d'Esquirol, qui, jeune encore, avait conquis par un dur et patient labeur une réputation justement méritée. Habile anatomiste et physiologiste distingué, Leuret se révéla en outre psychologue d'une rare pénétration et clinicien de premier ordre. Un des fondateurs de la médecine légale des aliénés, il combattit avec acharnement, mais aussi avec toute l'autorité du savoir, en faveur de l'irresponsabilité de ces pauvres malades, et il eut la satisfaction d'en arracher plus d'un aux conséquences des jugements qui les avaient frappés. Cette passion ardente, cette chaleur de conviction, il les porta aussi dans la défense de ce qu'il appelait le traitement moral de la folie. Assimilant les conceptions délirantes de l'aliéné aux idées erronées de l'homme sain d'esprit, Leuret voulait qu'on employât pour combattre les premières les moyens qu'on oppose d'ordinaire aux secondes : les objections, la discussion ; et s'ils sont insuffisants, il fallait y joindre l'élément douleur, à l'aide

©BIUM

des douches, des affusions froides. On sait avec quelle persévérance, avec quel esprit ingénieux et fécond en ressources, il attaquait et harcelait ses malades ; on sait aussi avec quelle foi profonde il parlait de ses succès, et surtout avec quelle verve satirique il critiquait les modes de traitement usités dans les services de ses collègues. Ses livres, ses mémoires, prennent les allures du pamphlet, lorsqu'il prend à partie ceux qui ne partagent pas ses principes. Ses attaques n'épargnent ni Pinel, ni Esquirol, et encore moins leurs disciples. Moreau, qui avait été un des premiers en butte à ses coups, trouva Bicêtre partagé en deux camps : les partisans et les adversaires du traitement moral. Il se rangea parmi ces derniers, dont le plus autorisé était Félix Voisin ; l'avant-garde était formée de jeunes gens, dont la plupart honorèrent depuis la spécialité : de Crozant, Billod, Dagron, d'autres encore. On commença une guerre de plume, vive, acharnée ; on opposa statistiques à statistiques, observations à observations. Comme il arrive d'ordinaire en pareille circonstance, la polémique dépassa souvent la mesure ; mais d'elle devait jaillir la vérité. Il fut aisé de démontrer, avec faits et chiffres à l'appui, que le traitement moral n'engendre chez les malades que la haine, les actes violents, la dissimulation, le suicide ou l'évasion. Ces preuves irrécusables portèrent le dernier coup à la méthode thérapeutique préconisée par Leuret ; elle ne s'en releva pas. Ce « système de la rétractation forcée, de l'intimidation et « du syllogisme coup sur coup » (1), basé sur une connaissance imparfaite de l'état mental des aliénés, n'est plus aujourd'hui qu'une curiosité historique, l'erreur d'un grand esprit qui possède heureusement d'autres titres — et des plus sérieux — à notre admiration et à notre respect.

Durant son séjour en Orient, Moreau (de Tours) constata combien est répandu l'usage du haschisch, surtout chez les Arabes ; il dut en faire l'essai sur lui-même, car dans ses souvenirs de voyage, il parle avec un certain lyrisme des « jouissances indicibles » que pro-

(1) J. P. Falret, *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*. Paris, 1864. Introduction, p. LIII.

©BIUM

cure « cette merveilleuse substance », et dont « on « tenterait vainement de donner une idée à quiconque « ne les a pas éprouvées ». De cette substance on ne connaissait, en effet, que des merveilles, grâce à la mystérieuse légende du Vieux de la montagne, grâce surtout à l'imagination des poètes et des romanciers. Mais au roman et à la poésie il s'agissait d'opposer l'observation et l'expérience ; les réalités scientifiques aux récits fantaisistes. C'est l'œuvre à laquelle Moreau (de Tours) attacha son nom et il put se féliciter de l'avoir entreprise : ses recherches expérimentales sur l'action physiologique de l'extrait de chanvre indien, lui permirent de porter la lumière sur de nombreux phénomènes psychologiques, réputés obscurs ; elles lui inspirèrent, en outre, des idées ingénieuses sur la nature de la folie.

Les questions de méthode primant toutes les autres, il importe avant tout de s'assurer si les procédés d'investigation mis en usage présentent toutes les garanties scientifiques désirables ; si, en une question aussi délicate que le fonctionnement des régions élevées du système nerveux, le contrôle est suffisant, la preuve n'étant admise qu'après sérieuse contre-épreuve. A ce point de vue, aucune critique à faire. Moreau (de Tours) expérimenta le haschisch sur lui-même : grâce à la propriété singulière que possède cette substance de conserver à celui qui se soumet à son action « la cons- « cience de soi-même, le sentiment intime de son indi- « vidualité », il put analyser toutes ses impressions, assister en quelque sorte à la désorganisation de toutes ses facultés ; mais en même temps, pour compléter cette observation interne, il chargeait les personnes qui l'entouraient de noter avec soin ses paroles, ses actes, ses gestes, l'expression de sa physionomie. Les résultats furent des plus caractéristiques, ils justifiaient pleinement le nom de *fantasia*, que l'imagination orientale donne à l'ivresse du *Kief*. Mais pour éviter d'être accusé de subjectivisme, le plus grave reproche qu'on puisse faire à un savant, Moreau (de Tours) voulut le « contrôle d'autrui ». Il s'adressa à ses élèves ; ils se prêtèrent aux expériences avec une curiosité enthousiaste, prenant le haschisch aux doses les plus variées

©BIUM

et rendant un compte exact de ce qu'ils avaient ressenti ; quant au maître, il observait avec un soin scrupuleux les moindres symptômes extérieurs qui pouvaient se manifester durant le cours de l'intoxication. En comparant les deux séries de faits, la concordance fut trouvée complète ; les esprits les plus difficiles en matière de preuve scientifique ne sauraient refuser à celle-ci le mérite de la certitude.

L'action du haschisch se révèle par une série de troubles intellectuels qui se développent successivement et se reproduisent chez tous ceux qui essaient son emploi, quelle que soit d'ailleurs leur constitution individuelle. Moreau (de Tours) les décrit avec une exactitude minutieuse : « Il n'est pas de petites sensations, pas « d'impressions vagues et coureuses qui ne soient ra- « contées avec charme, analysées avec profondeur, « éclairées par d'ingénieux rapprochements (1). » Il nous fait assister aux sentiments de bonheur du début, sorte de contentement moral qu'on cherche vainement à comprendre et dont il est impossible de saisir la cause. A cette joie indéfinissable succède bientôt un état d'excitation : toutes les facultés intellectuelles s'exaltent, les souvenirs deviennent plus vivaces, la conception plus rapide ; mais en même temps le pouvoir que nous avons de diriger nos pensées à notre guise, s'affaiblit graduellement. « Insensiblement nous nous sentons débordés « par des idées étrangères au sujet sur lequel nous « voulons fixer notre attention. Ces idées, que la « volonté n'a point évoquées, qui surgissent dans votre « esprit, on ne sait ni pourquoi ni comment, qui vien- « nent on ne sait d'où, deviennent de plus en plus « nombreuses, plus vives, plus saisissantes. Bientôt, « on y prête plus d'attention ; on les suit dans leurs « associations les plus bizarres, dans leurs créations les « plus impossibles et les plus fantastiques..... Si, par « un effort de votre volonté, vous reprenez le fil inter- « rompu de vos idées, celles que vous venez d'écarter « retentiront encore dans votre esprit, mais *comme*

(1) Ch. Lasègue, analyse du *Haschisch et de l'aliénation mentale*, de Moreau (de Tours). In *Annales médico-psychologiques*, 1846, t. VII, p. 461.

©BIUM

« *dans un passé déjà éloigné*, avec la forme fugitive, « vaporeuse, *des rêves* d'une nuit agitée. »

La rapidité avec laquelle se succèdent ainsi les pensées, l'état de rêverie qui en est la suite, font tomber l'esprit dans les plus étranges illusions, relativement au temps et à l'espace. « Le temps semble d'abord se « traîner avec une lenteur qui désespère. Les minutes « deviennent des heures, les heures des journées ; bien- « tôt, d'exagération en exagération, tout idée précise « de durée nous échappe, le passé et le présent se con- « fondent. »

Mais ce qui frappe surtout dans cette *fantasia*, c'est l'extraordinaire impressionnabilité de l'ouïe. Théophile Gauthier, dans sa description si mouvementée de l'ivresse du haschisch, nous l'a dépeinte avec une poétique exagération qui la rend d'autant plus saisissante : « Mon « ouïe, dit-il, s'était prodigieusement développée ; j'en- « tendais le bruit des couleurs, des sons verts, rouges, « bleus, jaunes, m'arrivaient par ondes parfaitement « distinctes. Un verre renversé, un craquement de « fauteuil, un mot prononcé bas, vibraient et retentis- « saient en moi comme des roulements de tonnerre ; « ma propre voix me semblait si forte que je n'osais « parler de peur de renverser les murailles ou de me « faire éclater comme une bombe ; plus de cinq cents « pendules me chantaient l'heure de leurs voix flûtées, « cuivrées, argentines. Chaque objet effleuré rendait « une note d'harmonica ou de harpe éolienne. Je na- « geais dans un océan de sonorité où flottaient, comme « des îlots de lumière, quelques motifs de *Lucia* ou du « *Barbier*. Jamais béatitude pareille ne m'inonda de « ses effluves. »

Mais le haschisch n'a pas épuisé ses effets : outre cette puissance de surexcitation il possède la faculté créatrice. Il engendre des idées fixes, des convictions délirantes, fugaces d'abord, paraissant et disparaissant, mais qui finissent par s'imposer ; il provoque des mouvements instinctifs d'une énergie extraordinaire et d'un entraînement souvent irrésistible ; enfin, lorsqu'il a complètement fermé l'esprit aux impressions du dehors, il le rend le jouet d'illusions et d'hallucinations les plus fantasques et les plus capricieuses.

©BIUM

Et pendant tout ce temps, le moi conscient assiste en spectateur à cette succession d'extravagances folles, il « domine et juge les désordres que l'agent perturbateur « provoque dans les régions inférieures de l'intel- « ligence ». Ce dédoublement des fonctions du cerveau n'est-il pas la meilleure critique des théories de l'ancienne psychologie? Et cette « cuillerée d'une pâte ver- « dâtre » qui produit de telles modifications dans le domaine cérébral, qui permet de dissocier les divers phénomènes intellectuels et moraux, et crée artificiellement le délire et l'hallucination, ne mérite-t-elle pas d'être comparée à cette autre substance toxique, le curare, dont l'illustre Claude Bernard s'est servi pour distinguer nettement les propriétés des nerfs sensitifs et des nerfs moteurs?

Si la psychologie tire profit de pareilles recherches, la médecine mentale y trouve des clartés pour l'explication des symptômes qu'elle étudie. Le tableau en raccourci que nous avons donné des perturbations produites par le haschisch, est-il autre chose qu'un accès de folie? Et cet accès prendra tous les caractères de la manie aiguë, pour peu que vous augmentiez la dose de l'agent toxique. Moreau (de Tours) eut occasion d'en faire la triste expérience. Son interne en pharmacie, voulant se rendre compte des effets du chanvre indien pris en quantité élevée, avala un jour jusqu'à seize grammes d'extrait d'un seul coup. Grave imprudence, sans doute, mais que ce jeune homme ne pouvait attribuer qu'à lui seul. Un délire général très intense éclata, accompagné d'agitation, d'incohérence, d'hallucinations de toute sorte. On conçoit aisément les inquiétudes du maître et des élèves, lorsqu'ils virent cet état se prolonger au delà de vingt-quatre heures ; il devait durer trois jours entiers, après lesquels le jeune aspirant pharmacien recouvra son calme habituel, ainsi que le plein et entier usage de la raison. Pendant tout le cours de son accès, il conserva une conscience plus ou moins nette des symptômes qui se passaient en lui.

Qui a donc éprouvé l'ivresse du haschisch a passé par la folie; il n'y a rien de plus dans l'une que dans l'autre. Les conclusions, qu'elles viennent de l'une ou de l'autre, vaudront également pour toutes deux. L'expérimenta-

©BIUM

tion médicale, si usitée de nos jours, ne peut guère donner d'exemple plus démonstratif. Moreau (de Tours) devait en induire des principes généraux sur la genèse et la nature de l'aliénation mentale.

Il existe dans la folie un fait primordial, source de tous les symptômes, c'est l'*excitation*. Cette excitation, — Broussais employait le terme d'irritation, — siège dans le cerveau et se révèle par une série de phénomènes psychologiques, dont les principaux sont : « Mobi-« lité croissante des actes de la faculté pensante, affai-« blissement gradué de libre arbitre, du pouvoir en « vertu duquel nous lions, nous coordonnons nos idées, « nous les faisons converger vers un but déterminé, « nous concentrons notre attention sur les unes à l'exclu-« sion des autres, à notre gré, et par notre seule spon-« tanéité ; par suite, obscurcissement plus ou moins ra-« pide de la conscience intime ; et enfin, véritable « transformation du *moi* qui, au lieu de la vie réelle, « de la vie de l'état de veille, ne résume plus que la vie « de l'imagination, la vie du sommeil. »

Cette excitation est donc le fait *primitif générateur* de tous les symptômes de la folie ; sans elle, pas d'idée fixe, pas d'impulsion irrésistible ; elle seule peut nous expliquer la pathogénie des illusions et des hallucinations ; elle constitue, en un mot, ce terrain si favorable à la production de ces nombreuses anomalies du cœur et de l'esprit, qui étonnent le vulgaire par leur bizarrerie et leur extravagance, mais que le médecin aliéniste analyse et classe avec soin, pour remonter ensuite à leur cause organique.

Moreau (de Tours) attachait une importance capitale à cette hypothèse de l'excitation : c'était pour lui une vérité évidente, l'équivalent d'une de nos grandes lois scientifiques. On peut en juger par ce passage tiré d'un de ses écrits : « Les formes du délire sont multiples, « variables comme l'acte même de la pensée ; mais elles « ont une origine, un point de départ commun : *in ra-« dice conveniunt*, a dit Joseph Franck. Du plus simple « au plus complexe des phénomènes, tout se tient, tout « s'enchaîne ; ce qui se dit de l'un doit pouvoir se dire « de l'autre, sinon tout l'édifice de la théorie croule à « l'instant. De même que pour les phénomènes de l'or-

©BIUM

« dre physique, qu'un seul, même le plus insignifiant « en apparence, échappe aux lois de l'attraction, et ce « grand fait découvert par le génie de Newton n'est « plus qu'un vain mot. »

Comme corollaire de ce principe général, Moreau (de Tours) admettait l'identité absolue, au point de vue psychologique, de la folie et du rêve. La question n'est pas neuve, elle préoccupa déjà Aristote. Le docte philosophe de Stagyre enseigne, en son livre sur les *Rêves*, que « la cause qui fait que dans certaines ma- « ladies nous nous trompons même tout éveillés est « celle qui, dans le sommeil, produit en nous l'impres- « pression du rêve ». Comme une foule d'autres vérités, celle-ci passa longtemps inaperçue. Il faut franchir plus de vingt siècles pour la retrouver de nouveau dans les écrits du célèbre médecin écossais Cullen. C'est à ce savant clinicien que Cabanis l'emprunta, mais pour la faire sienne en quelque sorte par les développements qu'il sut lui donner et par le caractère d'originalité qu'il imprima à cette étude. Dans le parallèle qu'il établit, il ne recherche que « les rapports entre les songes et le « délire, entre les causes qui déterminent le sommeil « et celles qui produisent la folie ». Moreau (de Tours), au contraire, s'applique à démontrer l'identité de ces deux états, l'identité psychique, bien entendu, et non physiologique. « La folie est le rêve de l'homme éveillé, » telle est sa formule favorite à l'aide de laquelle il ré- sume ses idées sur ce point délicat de doctrine. Très brillamment exposées dans son ouvrage sur *Le Haschisch et l'aliénation mentale*, il y revint à plusieurs re- prises, les étayant sans cesse d'arguments nouveaux et mettant à les défendre cette force et cette chaleur qui sont la marque de toute conviction sincère. Il en fit le sujet d'un mémoire qu'il lut à l'Académie de médecine. On n'a pas oublié le mémorable débat qu'elles provoquè- rent, les discours prononcés par Baillarger, Bousquet, Collineau, Ferrus, Londe, Piorry : tous ces orateurs unanimes à repousser l'identité du rêve et de la folie, mais à reconnaître les nombreuses analogies existant entre eux. M. Baillarger qui sur tant d'autres points se trouvait d'accord avec Moreau (de Tours), se sépara de lui sur cette question particulière ; mais la dissidence

©BIUM

est profonde, on peut en juger par l'emprunt suivant fait à la vive et pressante argumentation de l'éminent aliéniste : « Si j'admets entre les rêves et la folie des « analogies, je ne vois pas que l'on puisse ici prononcer « le mot *identité;* j'avoue même que je comprendrais « difficilement cette identité avec les idées émises par « M. Moreau : « La folie, dit-il, est un état mixte résul- « tant de la fusion de l'état de sommeil avec l'état de « veille. » S'il en est ainsi, comment la folie serait-elle « identique avec l'état de rêve ? N'est-il pas impossible, « en effet, qu'un état qui résume en lui les caractères « de deux états opposés soit identique avec l'un de ces « deux états ? »

L'Académie de médecine proposa comme sujet du prix Civrieux, à décerner en 1852, la question suivante : Etiologie de l'épilepsie ; rechercher les indications que l'étude des causes peut fournir pour le traitement soit préventif, soit curatif de la maladie. Moreau (de Tours), qui avait à Bicêtre un service important d'épileptiques, réunissait depuis dix ans de nombreux matériaux. L'occasion de les utiliser était trop belle ; il ne la laissa pas échapper, et composa un volumineux mémoire qui obtint une récompense justement méritée.

La partie la plus étendue de son travail est celle consacrée à l'étude des causes de l'épilepsie ; c'est aussi celle qui contient le plus de faits nouveaux, le plus grand nombre d'idées originales. Dans ces recherches étiologiques, l'hérédité attira tout spécialement son attention. Admise depuis la plus haute antiquité, cette cause prédisposante de la maladie sacrée demandait à être serrée de plus près : on peut, sur un point quelconque de la science, se contenter durant des siècles de généralités vagues ; mais un moment arrive où l'esprit a soif de résultats plus précis et ne se montre satisfait qu'après les avoir atteints.

Grâce à des relevés statistiques consciensement faits, Moreau (de Tours) parvint à indiquer d'une façon plus nette les multiples sources héréditaires de la maladie, et même à en découvrir de nouvelles. Que l'épilepsie engendre l'épilepsie, le fait n'est pas rare : les chiffres prouvent qu'on le rencontre dans le quart des cas. Mais ce qui s'observe surtout chez les ascendants des mal-

©BIUM

heureux atteints de cette terrible affection, ce sont les troubles nerveux les plus variés, à quelque ordre qu'ils appartiennent, sous quelque forme symptomatique qu'ils nous apparaissent, depuis les plus simples jusqu'aux plus complexes, depuis la plus ordinaire excentricité jusqu'à la folie la plus évidente et les accidents cérébraux les plus caractérisés. Ce sont là des vérités dont les recherches de Moreau (de Tours) ont fortifié l'évidence ; il en est d'autres qu'il a établies le premier. C'est ainsi qu'à lui revient l'honneur d'avoir démontré que les parents ivrognes ou phtisiques peuvent engendrer des enfants épileptiques. Ces deux causes prédisposantes héréditaires sont même des plus actives : si, sur cent quinze cas, l'épilepsie a été trouvée chez les ascendants trente fois, et la folie vingt-six, l'ivrognerie s'y est rencontrée vingt-quatre fois et la phtisie trente-cinq. L'avantage du nombre est, comme on le voit, en faveur de cette dernière ; aujourd'hui, sans doute, l'ivrognerie viendrait en première ligne. Qui pourrait en douter en voyant le rapide développement de l'alcoolisme depuis une vingtaine d'années ?

« Ce n'est qu'aux inventeurs que la vie est promise »,

a dit André Chénier. Si la pensée du poète est vraie, le mémoire de Moreau (de Tours) sur l'épilepsie sera sauvé de l'oubli. Il se distingue de l'innombrable quantité de travaux écrits sur cette affection, par la précision de la méthode, qui ne laisse aucune prise au doute, par un sens critique profond qui fait bonne justice de l'erreur, enfin par une série de faits nouveaux qui augmentent le capital de la science.

Cette question de l'hérédité qu'il avait si soigneusement fouillée à propos du mal comitial, Moreau (de Tours) allait en faire le sujet de ses constantes méditations et de ses recherches assidues. Elles lui suggérèrent des idées qu'il consigne d'abord, et comme timidement, dans des articles de journaux et de revues, et qui reçurent leur plein épanouissement dans la *Psychologie morbide*, cette œuvre maîtresse dont la science française peut à bon droit s'enorgueillir.

Dès 1850, dans un travail publié dans l'*Union médicale* sous ce titre original : « Un chapitre oublié de

©BIUM

« pathologie mentale », Moreau (de Tours) s'essaie à cette audacieuse systématisation, qui lui inspira sa définition physiologique du génie. On y voit apparaître pour la première fois l'état mixte, placé sur les frontières qui séparent l'aliénation mentale de l'exercice normal de l'intelligence. Cet état mixte qui n'est ni la raison ni la folie, n'est pas non plus un mélange de ces deux manières d'être de l'esprit, comme on l'observe dans le délire avec conscience, mais plutôt un enchevêtrement, une combinaison à des proportions diverses et indéfinies des deux composants. Dans ce cas « l'in-« telligence éprouve des modifications dont la nature « est telle, que l'on est forcé de porter sur les individus « chez lesquels on les observe, un jugement contradic-« toire, de rendre hommage à leur capacité, disons « plus, à leur génie, sans cependant pouvoir se défendre « de la conviction que l'on a affaire, à certains égards « du moins, à des esprits non pas seulement bizarres, « excentriques, mais positivement dérangés. » C'est dans cette classe de « métis intellectuels », de « mulâ-« tres de l'intelligence », que se recrutent ces nombreux faiseurs de projets, ces gens à systèmes, ces rêveurs, ces utopistes, qui, à l'aide de leur panacée, se proposent de guérir tous les maux et de réformer le genre humain ; dans leur rang aussi se trouvent ces natures morales aux tons si heurtés, « étrange association des « passions les plus diverses et les plus opposées, « inexplicable mélange de vice et de vertu, de gran-« deur et de bassesse, d'égoïsme, de générosité, de « pusillanimité, de courage, de douceur et de férocité. »

D'où naît cet état mixte de l'intelligence ? Moreau (de Tours) lui assigne deux conditions étiologiques essentielles : l'hérédité d'abord, mais l'hérédité entendue dans l'acception la plus large ; puis les conditions propres à la constitution, à l'idiosyncrasie de l'individu.

En livrant ce travail, ou plutôt cette ébauche, à la publicité, Moreau (de Tours) a surtout voulu prendre date. Sa pensée, incomplètement mûrie, est encore hésitante et tâtonne ; par maints endroits, on sent qu'elle a peur de la lumière et n'ose arracher tous les voiles ; plus sûre d'elle-même, elle gagnera en force et en netteté. Il faut toutefois reconnaître que l'idée mère

©BIUM

y est déjà formulée avec une suffisante précision : « Le « dynamisme mental ne saurait s'élever jusqu'aux « manifestations du génie sans que l'organe de la « pensée ne se trouve dans des conditions analogues à « cet état de surexcitation, d'éréthisme nerveux que « nous savons être si favorable au développement de « la folie héréditaire. »

« Rassemblons des faits pour nous donner des « idées » : ce conseil de Buffon fut rigoureusement suivi par Moreau (de Tours). Tout en recueillant avec soin chez les historiens et les philosophes, les matériaux destinés à l'édification de son œuvre, il continua d'interroger la clinique mentale et nerveuse, de compléter ses documents sur l'hérédité de la folie et d'y chercher de nouvelles preuves en faveur de ses théories.

En 1852, il vint lire devant l'Académie des sciences, un travail intitulé : « De la prédisposition héréditaire « aux affections cérébrales. Existe-t-il des signes par- « ticuliers auxquels on puisse reconnaître cette pré- « disposition ? » Sous cette question se cache un des problèmes les plus difficiles et les plus délicats de l'aliénation mentale. Que de fois elle a été posée ! Il n'est aucun de nous, Messieurs, à qui l'ont n'ait, à maintes reprises, demandé : Un père, une mère ou un ascendant quelconque ayant été atteint d'aliénation mentale, à quels signes reconnaître s'il y a lieu de redouter, pour les enfants, la même maladie, et, lorsqu'il existe plusieurs enfants, lequel d'entre eux est le plus particulièrement prédisposé ?

On sait que la difficulté de résoudre un problème est en raison directe du nombre d'inconnues à dégager ; dans ce cas, elles sont nombreuses. Moreau (de Tours), ne se faisant aucune illusion sur l'extrême complexité du sujet qu'il abordait, se demande : « A quelles données « scientifiques, expérimentales, rattacher le fil conduc- « teur qui puisse nous guider dans les ténèbres qui envi- « ronnent, de toutes parts, la question dont il s'agit? » La statistique fut sa bienfaisante Ariane, mais elle ne lui permit que d'entrevoir la lumière, et de loin encore. Elle lui apprit qu'un certain antagonisme existant entre la ressemblance des traits de la figure, ou l'hérédité de la physionomie et l'hérédité de l'organisation psycho-

©BIUM

cérébrale, les descendants qui présentent une plus ou moins frappante ressemblance avec ceux de leurs parents qui ont été atteints de folie, ont plus de chance de conserver l'intégrité de leurs facultés intellectuelles et morales. Comme généralement les filles ressemblent à leur père et les garçons à leur mère, il faut conclure de la loi précédente que la transmission héréditaire s'effectue d'un sexe à un sexe semblable, c'est-à-dire que les désordres cérébraux se transmettront des mères aux filles et des pères aux fils. Mais si un fils hérite de la physionomie de son père, une fille de celle de sa mère, il est évident que, dans l'intérêt du principe, le premier ne devra devenir aliéné que par voie de succession maternelle, et la seconde que dans le cas où le mal pourra lui être transmis par la ligne paternelle; cela s'observerait, en effet, très souvent, si l'on en croit les chiffres fournis par Moreau (de Tours).

Ces conclusions reposent sur l'examen de 192 cas; elles sont ingénieuses, même séduisantes; on ne les donne pas néanmoins pour certaines, mais comme n'ayant pour elles que de grandes probabilités. Les esprits difficiles en fait de méthode, ceux surtout que n'enthousiasment guère les résultats de la statistique, demanderont à faire quelques réserves: ils objecteront qu'un « fil conducteur » unique ne saurait suffire pour faire sortir des ténèbres un problème aussi compliqué; que celui-ci suppose un grand nombre de données cliniques qui doivent entrer en ligne de compte; que, suivant l'ancien adage, il faut, pour déterminer une loi, ne pas se contenter de compter les faits, mais les peser, les analyser, que tel est le seul procédé scientifique pour arriver à une connaissance exacte des conditions de production des phénomènes.

Moreau (de Tours) aimait à s'attaquer à de pareils problèmes; son esprit ingénieux se mouvait à l'aise au milieu des inextricables difficultés qu'il rencontrait. Quant aux résultats obtenus, il se gardait bien de les donner comme définitifs; que le but ne fût pas atteint, il avait du moins la satisfaction d'ouvrir la voie : vrai pionnier de la science, il jalonnait la route à ceux qui suivront.

Plus simple est la question traitée dans le *Mémoire*

©BIUM

sur les causes prédisposantes héréditaires de l'idiotie et de l'imbécillité. Le sujet bien délimité donne plus de précision aux recherches et aux conclusions plus de certitude. On possédait jusque-là sur ce point d'étiologie quelques généralités vagues que les auteurs se transmettaient sans contrôle. Moreau (de Tours) vient nous apprendre que près de la moitié des idiots ont des parents atteints de folie et, en particulier, de lypémanie; qu'on trouve chez les ascendants de ces êtres dégénérés, l'ivrognerie dans la proportion d'un quart, l'épilepsie et l'hystérie dans la proportion d'un cinquième environ, puis d'autres affections névrosiques d'une gravité moindre.

De cette série d'études sur l'hérédité pathologique, Moreau (de Tours) a retenu, outre les idées que nous avons signalées, un fait curieux de pathogénie : « l'ac- « croissement, l'aggravation de la lésion nerveuse par « le fait de la transmission d'une génération à la gé- « nération suivante. En sorte que cette lésion envi- « sagée dans l'arbre généalogique, apparaît de plus en « plus grave, à fur et à mesure que l'on s'éloigne de sa « souche. » Le plus peut donc être engendré par le moins: des parents purement excentriques, à caractère bizarre, original, donneront le jour à des aliénés ; des individus qui ne se distingueront des autres que par un état nerveux plus prononcé pourront procréer des enfants épileptiques. N'est-ce pas là une de ces vérités cliniques dont l'observation fréquente des dégénérés et des aliénés héréditaires nous a permis de constater la fréquence et l'exactitude? Nous ne saurions oublier que Moreau (de Tours) a, plus que tout autre, contribué à l'établir.

En 1859, après de nombreuses hésitations — car il ne trouvait jamais son œuvre suffisamment parfaite — il se décida à soumettre au jugement du public sa *Psychologie morbide dans ses rapports avec la philosophie de l'histoire.* Ce livre eut, dès son apparition, un grand retentissement; il trouva ses enthousiastes et ses détracteurs, jamais d'indifférents, car il est de ceux — si rares en tout temps — qui font penser et qu'on quitte en se promettant bien d'y revenir.

Moreau (de Tours) ne prend pas son lecteur en traître. Dès la première page, il nous indique, sous la forme d'ar-

©BIUM

gument, la pensée maîtresse de son ouvrage : « Les « dispositions d'esprit qui font qu'un homme se dis- « tingue des autres hommes par l'originalité de ses « pensées et de ses conceptions, par son excentricité ou « l'énergie de ses facultés affectives, par la transcen- « dance de ses facultés intellectuelles, prennent leur « source dans les mêmes conditions organiques que les « divers troubles moraux dont la *folie* et *l'idiotie* sont « l'expression la plus complète. »

Ces conditions organiques, productrices de la folie, nous les connaissons déjà par les travaux antérieurs de Moreau (de Tours). Par eux nous avons appris que toutes les manifestations pathologiques du système nerveux, depuis la névralgie jusqu'aux convulsions de l'hystérie et de l'épilepsie, de la simple excentricité au délire le plus prononcé, depuis l'insuffisance mentale jusqu'aux derniers degrés de l'idiotie, toutes ont une source commune, la *diathèse névrosique*; que cette diathèse est le produit de l'hérédité, entendue dans son acception la plus large, et qu'elle se révèle tout à coup sous l'influence de la cause la plus insignifiante, même parfois sans cause réelle. Nous savons en outre que la folie, dans ses expressions si différentes, débute constamment par des symptômes d'*excitation cérébrale* et que cette excitation est le fait primordial de tous les phénomènes délirants. On sait aussi l'importance donnée par Moreau (de Tours) à l'*état mixte*, cette combinaison de raison et de déraison, ce produit bâtard de l'hérédité normale et de l'hérédité morbide.

Avec ces divers éléments, l'hérédité d'une part, et d'autre part la diathèse névrosique, l'excitation cérébrale et l'état mixte, Moreau (de Tours), procédant par analogie, établit les conditions organiques de la prééminence des facultés intellectuelles.

Qu'est-ce que l'inspiration poétique, l'enthousiasme du prophète, si ce n'est une excitation cérébrale analogue à celle qu'on observe au début de la folie ? Se produisant périodiquement, elle progresse peu à peu, arrive à son summum, puis se termine par un état de torpeur et de prostration morale, voisin de l'hébétude : semblable en tout à un de ces accès de surexcitation maniaque à forme intermittente, qu'on observe si fréquemment dans les

©BIUM

asiles d'aliénés. Cette ressemblance ne s'explique que par des liens intimes de parenté; et de fait, il existe entre ces deux états, entre le génie et la folie, une communauté d'origine, celle des influences héréditaires. Qu'on étudie, en effet, cliniquement les esprits supérieurs, on trouverra que, comme chez les aliénés, il existe, « soit dans leurs ascendants, soit dans les descendants, « dans les collatéraux, des névropathies de toutes « sortes : la folie sous toutes les formes, l'idiotie, les « affections convulsives, les maladies du cerveau, de la « moelle épinière, les névralgies...» Enfin, combien de ces grands hommes n'ont-ils pas leur place marquée dans ce qu'on appelle l'état mixte, ne rentrent-ils pas dans cette « classe d'êtres à part, véritables *métis* in- « tellectuels qui tiennent également du fou et de l'homme « raisonnable, ou bien de l'un et de l'autre à des degrés « divers »? Que de génies ont été des monstres au point de vue moral! Que d'hommes sublimes par leur dévouement ont été des pauvres d'esprit! Combien de ces intelligences, inspirées par le cœur, se sont livrées à ces douces rêveries humanitaires, d'où le bon sens est exclu! L'histoire est là pour nous en fournir des exemples en foule.

Moreau (de Tours), pour tous ces motifs et pour d'autres encore, croit pouvoir conclure par cette proposition : « Toutes les fois que l'on verra les facultés in- « tellectuelles s'élever au-dessus du niveau commun, « dans les cas surtout où elles atteindront un degré « d'énergie tout à fait exceptionnel, on peut être cer- « tain que l'état névropathique, sous une forme quel- « conque, aura influencé l'organe de la pensée, soit « idiopathiquement, soit par voie d'hérédité, c'est-à- « dire tantôt en vertu de la loi d'innéité, tantôt en vertu « de la loi d'imitation. » En résumé, le génie est une névrose.

Cette formule valut à son auteur autant, sinon plus d'injures, qu'à Lélut ses livres sur le « démon de Socrate » et sur « l'amulette de Pascal ». Il laissa passer l'orage et fit bien. Ceux qui criaient à l'impiété, au paradoxe, ignoraient sans doute que ces reproches s'adressaient aux plus grands penseurs de l'Humanité. N'est-ce pas Aristote qui, le premier, a dit que, sans un

©BIUM

mélange de folie, il n'y a pas de grand esprit? Depuis, l'idée a été bien souvent reproduite. Moreau (de Tours) l'a reprise, l'a soumise à une critique rigoureuse, et lui a donné tous les développements qu'elle comporte. Cette œuvre a été la grande préoccupation de son existence ; vers elle convergeaient toutes ses recherches, toutes ses méditations ; il était en quelque sorte obsédé par cette pensée unique et on peut suivre les marques de cette obsession dans tout ce qu'il a publié depuis 1836. Aussi peut-on dire de la *Psychologie morbide* ce qu'Alfred de Vigny disait d'une grande vie, qu'elle est « une « pensée de la jeunesse réalisée par l'âge mûr ».

Moreau (de Tours), quoique très absorbé par ses travaux scientifiques et par les soins de la clientèle, trouvait le temps de satisfaire son goût pour les voyages. Il ne laissait passer aucune année sans faire une absence plus ou moins prolongée, recherchant surtout les occasions de visiter les établissements d'aliénés des pays étrangers. Il avait l'excellente habitude de noter ses impressions ; il ne les conserva pas toutes pour lui, il voulut bien « entr'ouvrir son carnet de touriste » pour l'instruction de ses confrères. Il publia, sous forme de lettres adressées à M. Baillarger, son excursion au village de Gheel ; il se montre partisan convaincu du système de colonisation des aliénés et manifeste le désir de le voir appliquer en France. D'un long voyage qu'il fit en Allemagne il rapporta de curieuses notes sur les asiles de Siegburg, Halle, Dresde, Prague, Berlin et Vienne. Il eut la satisfaction de voir les doyens des deux écoles psychiatriques qui partageaient les médecins allemands : Jacobi, le chef vénérable de l'école somatique, « vieillard d'une haute stature, d'une physionomie « douce et bienveillante, et dont la tête était légèrement « inclinée sur la poitrine, bien plus par l'habitude de la « réflexion que par le poids des années » ; Ideler, le représentant le plus distingué de l'école psychologique, qui, « par sa physionomie pleine de finesse et un peu « rêveuse, l'affabilité, la douceur avec lesquelles il traite « ses malades, sachant être sévère, au besoin, sans « cesser d'être bienveillant », offrait à son visiteur de nombreux traits de ressemblance avec Esquirol.

La lecture de ces notes, où le style descriptif repose

©BIUM

heureusement des dissertations savantes, nous fait regretter la mise au secret du carnet de touriste, confident des impressions d'un voyage en Angleterre. Moreau (de Tours) avait été appelé, en 1858, par une grande et puissante famille de l'Ecosse, dont un des membres avait commis un crime sous l'influence d'un accès de folie. Le cas était douteux, les avis partagés. Le savant médecin de Bicêtre eut le bonheur de faire pencher la balance en faveur de l'irresponsabilité et de sauver de la mort son malheureux client qui fut simplement enfermé dans un établissement spécial.

Le Dr Lélut ayant, dans le courant de l'année 1861, donné sa démission de médecin de la Salpêtrière, Moreau (de Tours) fut appelé à le remplacer. Dans ce nouveau service, il put se livrer à des recherches plus approfondies sur l'aliénation mentale chez la femme. Elles lui inspirèrent un ouvrage, court mais substantiel, sur la folie névropathique, appelée aussi hystérique, qu'on voudrait voir cité plus souvent dans les discussions si passionnées que soulève la grande névrose.

Moreau (de Tours) mit au seuil de ce livre — le dernier qui soit sorti de sa plume — un avant-propos qui est comme son testament scientifique. Il y revient avec une certaine satisfaction sur le passé et renouvelle sa profession de foi organicienne. « A partir du moment « où nous avons pu avoir sur les maladies mentales « une opinion fondée sur mes propres observations, « peut-il dire en toute vérité, nous avons défendu cette « idée que, quelle que fût l'extrême variété des symp- « tômes psychiques du délire, quelle qu'en fût la cause, « éloignée ou prochaine, c'était en définitive à une « lésion organique, sinon toujours applicable à nos « moyens d'investigation, du moins toujours certaine, « indéniable, nécessaire, qu'il fallait en arriver. » Après ce regard jeté en arrière, il lui est doux de constater que les jeunes étaient entrés dans la voie nouvelle, que, plus que tout autre, il avait contribué à ouvrir. Existe-t-il une satisfaction égale à celle du penseur qui assiste au succès de ses idées? Est-il jouissance intellectuelle plus vive que de goûter ainsi, au déclin de l'existence, le fruit d'une longue vie de labeur?

Moreau (de Tours) avait la physionomie fine et spi-

©BIUM

rituelle, l'esprit vif et enjoué, D'un abord agréable et d'une inaltérable bienveillance, il s'était fait de nombreux amis. Cette bienveillance universelle, qui ne se démentit jamais, fut pour lui un des plus sûrs éléments de bonheur. Sa vie, quoique très longue, a toujours été celle du sage qui supporte avec stoïcisme toutes les vicissitudes. Modéré dans ses désirs, il eut cependant une ambition momentanée : il voulut être de l'Académie de médecine. Mais pour réussir, il manquait de cette persévérance si utile en un tel dessein ; il ne sut pas non plus se plier à cette nécessité de la brigue, à laquelle ne sauraient manquer de se soumettre les mérites même les plus éclatants, s'ils veulent obtenir les suffrages désirés. N'ayant pas réuni une première fois le nombre de voix voulu, il ne se présenta plus. En philosophe, il se consola de cet échec dans la société de ses auteurs favoris.

Il aimait l'art sous toutes ses formes ; il recherchait volontiers la conversation des littérateurs et des artistes. Ses travaux sur le haschisch l'avaient mis en relation avec un grand nombre de poètes et de romanciers ; il connut ainsi Balzac, Gérard de Nerval, et se lia avec Théophile Gautier. L'auteur de la *Comédie humaine* dont la débordante imagination était encore surexcitée par l'action du kief, lui écrivit même, le lendemain d'une *fantasia*, pour lui émettre l'idée qu'il y aurait une belle « expérience à faire, à laquelle il a pensé depuis vingt « ans : ce serait de refaire (à l'aide du haschisch) un « cerveau à un crétin, de savoir si l'on peut créer un « appareil à pensées, en en développant les rudiments. »

Jusqu'au dernier moment, Moreau (de Tours) remplit ses devoirs de médecin de la Salpêtrière ; il ne cessa d'aller dans cet hospice où il venait depuis près d'un quart de siècle, que lorsque, « sentant sa mort prochaine, » il fut obligé de céder aux défaillances de la nature. Il mourut le 26 juin 1884, après une courte maladie, ayant dépassé de près d'un mois sa quatre-vingtième année.

Il laisse deux fils aux succès desquels il eut la consolation d'assister : l'aîné, notre excellent collègue, a pieusement recueilli l'héritage paternel et enrichi la littérature médicale de plusieurs œuvres estimées ; le second, peintre d'histoire renommé, honore dignement

©BIUM

notre école française si riche en talents supérieurs.

Si la connaissance de la nature humaine est entrée dans une voie scientifique, c'est grâce aux travaux de trois grands penseurs de ce siècle : Cabanis, Gall et Broussais. Ils ont définitivement établi que les fonctions supérieures de l'humanité ne sauraient être étudiées avec fruit en faisant abstraction de l'organisme. Mais, comme le fait remarquer l'auteur *de l'irritation et de la folie*, « l'homme n'est connu qu'à moitié s'il n'est « observé que dans l'état sain ; l'état de maladie fait « aussi bien partie de son existence morale que de son « existence physique ». Moreau (de Tours) eut le mérite d'appliquer ces deux principes fondamentaux à un moment où des principes opposés étaient en honneur. S'appuyant sur eux, il osa aborder un certain nombre de questions, jusque-là négligées, et d'en résoudre quelques-unes. Ses travaux lui survivront et trouveront des imitateurs ; son nom, souvent cité, occupera un rang distingué à la suite de ceux des illustres fondateurs de la science de l'homme.

La séance est levée à six heures.

PAUL GARNIER.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ALLEMANDS

Irrenfreund.

ANNÉE 1885.

Analyse par M. le Dr Aloÿse Adam.

Considérations sur la folie à deux; par le Dr Brosius (nos 11 et 12.)

L'auteur fait remarquer qu'à propos de cas de folie survenus successivement chez des membres d'une même famille ayant vécu ensemble, il a été question à diverses reprises, dans l'*Irrenfreund*, de cette forme d'aliénation mentale décrite par les Français sous le nom de « folie à deux, folie similaire, folie communiquée ».

A ce sujet, dit-il, on a parlé de contagion de la folie, d'infection psychique, etc., absolument comme s'il existait un miasme ou un bacille de la folie. Si la parenté incontestable de la folie et de la tuberculose peut jusqu'à un certain point justifier de pareilles hypothèses, il ne faut pas oublier cependant que l'existence de l'agent matériel de la contagion n'est pas prouvé pour la folie, et que cette maladie est très rare chez le personnel des asiles d'aliénés qui est en contact permanent avec les fous.

La folie est un symptôme cérébral, lié à des altérations somatiques, surtout de l'encéphale ; et, s'il pouvait être question de contagion, celle-ci ne pourrait porter que sur les altérations somatiques et non sur les troubles psychiques, absolument comme le typhus, le choléra, etc., affections dans lesquelles on observe également des troubles mentaux.

En Allemagne, dit l'auteur, on a désigné la folie communiquée sous le nom de folie induite (inducirtes Irresein) : expression qui, comme celle des Français, laisserait supposer qu'il

©BIUM

s'agit de la transmission directe du trouble intellectuel d'un malade à un autre.

Peut-on mettre la folie à deux sur le compte de l'imitation? Certes non : car on n'imite que ce qui tombe sous les sens, ce qui n'est pas le cas pour les altérations somatiques qui constituent le substratum anatomique de la folie ; sans compter que même la manifestation extérieure, le délire, n'est pas toujours similaire dans la folie à deux : les sujets atteints étant souvent l'un maniaque et l'autre mélancolique, et *vice versâ*. Dès lors on ne peut plus dire qu'il y ait imitation.

Il est encore à remarquer que la folie à deux se produit surtout dans les familles, et si elle était le résultat de la vie en commun, du contact avec les aliénés, non seulement elle devrait être très fréquente d'une manière générale, mais on devrait l'observer journellement dans les asiles d'aliénés.

A Marsberg, il s'est présenté, en vingt-cinq ans, deux cas de folie à deux, et si Finckelnburg, Nasse, Lasègue et Falret en ont publié quelques cas, il n'en reste pas moins établi que cette forme d'aliénation s'observe assez rarement ; aussi suffit-il d'analyser de plus près les cas publiés pour être convaincu que l'éclosion en est due à d'autres causes qu'à une contagion occulte. Il s'agit généralement d'individus ayant des antécédents héréditaires communs, un genre de vie identique et une grande similitude psychique. Frappés des mêmes tares, ils succombent à des époques diverses.

Si Finckelnburg, sur douze cas de folie à deux, a trouvé trois fois seulement des prédispositions héréditaires, Nasse en a signalé dix fois sur quinze cas. Lasègue et Falret n'admettent la possibilité de la folie communiquée que chez des sujets spécialement prédisposés et intellectuellement affaiblis.

L'auteur fait remarquer qu'il n'est pas de maladie qui trouble autant un intérieur que la folie. La désunion, la frayeur, les chagrins, l'excès de travail, le manque de sommeil et parfois la ruine, voilà ce qui constitue trop souvent le cortège de la folie dans les familles. Il y a là de quoi troubler souvent les intelligences les mieux trempées, et si tous ces agents s'exercent, comme il a été dit, sur des sujets prédisposés à la folie, point n'est besoin d'une infection psychique pour expliquer les troubles intellectuels décrits sous le nom de folie communiquée. Et si la folie frappe de préférence la personne qui a soigné spécialement le membre de la famille primitivement aliéné, cela se conçoit aisément : elle a été plus que les autres exposée

©BIUM

à toutes les causes de surmenage physique, d'émotions pénibles et d'excitation cérébrale. Il faut voir là un cas de comorbidité psychique à la suite de souffrances physiques, et non un cas de contagion.

La maladie cérébrale une fois établie, il n'est pas surprenant que, dans bien des cas, la nature des idées délirantes soit la même que chez le sujet primitivement atteint. La similitude du milieu dans lequel ont vécu les deux malades peut expliquer ce fait : on délire sur les choses qu'on voit, sur celles qu'on fait, etc. Quoi d'étonnant si le malade délire spécialement sur les idées qui constituaient le fond du délire du parent qu'il a d'abord soigné. En dehors de la folie à deux, on observe journellement cette influence du milieu sur le délire des aliénés : et dans la folie à deux, il faut en outre tenir compte de la similitude de la constitution psychique des patients, similitude dont l'influence peut s'exercer aussi bien à l'état pathologique qu'à l'état physiologique.

On ne saurait du reste conclure à la contagion de la folie, en partant de ce fait que certains aliénés communiquent leur délire à d'autres aliénés. Ces derniers peuvent, en effet, se constituer un délire en adaptant à leur état de dépression ou d'exaltation ce qu'ils entendent dire à d'autres malades, comme ils font pour d'autres impressions.

Le même phénomène s'observe chez des faibles d'esprit ; l'imbécillité, chez ceux-ci, est le facteur qui remplace le trouble intellectuel.

L'auteur ajoute, que le fait que dans la folie à deux le délire n'est pas toujours similaire, prouve qu'il s'agit d'une lésion centrale, qui produit des troubles dont la forme varie selon les circonstances.

Quand la folie est tout à fait similaire, dit-il, il faut admettre une organisation identique réagissant d'une manière identique, mais non pas un fait de contagion.

Ces considérations, dit l'auteur, quoique détruisant l'hypothèse d'une infection psychique, nous autorisent à tirer au point de vue pratique cette conclusion, *que les aliénés atteints de manie ou de mélancolie ne doivent pas être soignés à domicile par les membres de leur famille.* En effet, ce serait mettre ces derniers dans des conditions capables de troubler une intelligence même exempte de toute prédisposition à la folie, et, à fortiori, une intelligence héréditairement tarée.

Un cas de folie à trois a été rapporté par Stœlzner (*Irren-*

©BIUM

freund, 1877, n° 1) ; l'auteur lui applique, au point de vue de la contagion, le même raisonnement qu'il a fait valoir pour la folie à deux.

L'auteur conclut en disant que c'est la prédisposition héréditaire qui constitue le contagium inconnu de sa nature, qui se transmet par la naissance et produit chez les descendants des troubles similaires on dissemblables des facultés mentales.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

Traité de médecine légale, de jurisprudence et de toxicologie; par Legrand du Saulle, médecin de la Salpêtrière, Georges Berryer, avocat à la Cour d'appel, et Gabriel Pouchet, professeur agrégé à la Faculté de médecine. 2e édition, 1 vol. in-8°. Adrien Delahaye et Em. Lecrosnier, édit. Paris, 1886.

Legrand du Saulle, cet infatigable travailleur, venait à peine de déposer la plume qui avait corrigé les épreuves des dernières feuilles de son *Traité de médecine légal*, e lorsqu'une mort brutale et inattendue l'enlevait en pleine activité intellectuelle. Il avait consacré plus de deux années d'un labeur continu à la revision, ou plutôt à la refonte de ce livre, dont la première édition, parue en 1874, était depuis longtemps épuisée. Pour rendre son œuvre plus parfaite, il s'était associé deux collaborateurs d'une incontestable compétence : pour les questions de droit, M. Georges Berryer, avocat à la Cour d'appel de Paris, son gendre, et M. Gabriel Pouchet, agrégé de la Faculté de médecine, pour tout ce qui a rapport à la chimie.

Ce n'est pas le lieu d'analyser ce livre en détail, de suivre pas à pas toutes les matières qui y sont traitées. Nous ne nous arrêterons qu'à la partie — très étendue d'ailleurs — qui nous intéresse particulièrement, à la médecine légale des aliénés. Plus de quatre cents pages sont consacrées aux multiples questions médico-légales qui peuvent être soulevées à propos des maladies mentales. Un rapide sommaire donnera une idée de la manière dont l'auteur les a traitées.

Dans le chapitre XII, le plus important, intitulé : *Questions médico-légales relatives aux aliénés en général*, Legrand du Saulle, après avoir cité les nombreux articles du Code concernant les aliénés, considère ces malades, dans deux sections différentes, d'abord devant la loi civile, puis devant la loi pénale. En ce qui regarde le premier point, il prend l'aliéné avant le moment de son entrée dans l'asile et le suit jusqu'après sa mort. De là, une étude intéressante de la loi du 30 juin 1838, une autre non moins importante sur l'inter-

©BIUM

diction et le conseil judiciaire, quelques pages sur le témoignage des aliénés en justice, et enfin un résumé clair et substantiel de toutes les difficultés qui peuvent se présenter lorsqu'on se trouve en présence des dernières volontés de ce genre de malades. Toutes ces questions étaient familières à Legrand du Saulle ; elles ont été l'objet, de sa part, d'une série de monographies qui sont, aujourd'hui, dans la bibliothèque de tous les médecins légistes et de tous les jurisconsultes. Dans cette première partie de son douzième chapitre, il a su condenser, avec cette clarté qui était une des caractéristiques de son talent, tous ses travaux antérieurs, en les complétant à l'aide des nombreux travaux publiés par ses confrères.

La seconde partie traite, avons-nous dit, des aliénés devant la loi pénale. La première question qui se pose est celle de la responsabilité de ces malades. Legrand du Saulle était grand partisan de la responsabilité partielle ou plutôt proportionnelle ; il a, toute sa vie, défendu son opinion avec une grande chaleur de conviction. Nous la trouvons exposée longuement dans un paragraphe spécial ; il réunit en un faisceau les preuves nombreuses qu'on peut invoquer en sa faveur, mais il lui donne un correctif. Pour lui, cette responsabilité proportionelle ne doit être admise que sous la réserve d'une pénalité spéciale.

L'énumération de toutes les questions encore étudiées dans ce chapitre, serait fastidieuse. Elles se posent journellement au médecin aliéniste ; l'auteur du *Traité de médecine légale* donne de toutes des solutions simples, claires, précises, qui rendent la tâche facile à celui qui le consultera.

Le chapitre XIII est consacré à l'étude des *névroses spéciales et des maladies mentales*. On y trouve des paragraphes d'une lecture fructueuse sur l'hystérie et l'épilepsie. On sait que ces deux affections ont été étudiées par Legrand du Saulle, dans deux volumes, justement estimés, remplis de faits, où il n'a eu qu'à puiser pour trouver la matière de ces intéressantes pages. Quant aux maladies mentales, étudiées au point de vue médico-légal, il n'a pu les envisager que dans leurs grandes lignes ; telles qu'elles sont, les pages qui leur sont destinées sont du plus grand intérêt. La description de chaque affection est illustrée par un certain nombre d'observations, venant confirmer à chaque page les descriptions abstraites.

La question de la folie simulée devait naturellement trouver

©BIUM

sa place dans un *Traité de médecine légale*. L'auteur y consacre une trentaine de pages du chapitre XIV.

L'éloge du livre dont nous venons de n'analyser qu'une partie, n'est plus à faire. Son succès est assuré depuis longtemps, et ne fera que s'accroître. Nous devons regretter d'autant plus la mort prématurée de son auteur, dont la plume si compétente eût sans doute écrit ce Traité de médecine légale des aliénés qui manque à notre littérature médicale. Depuis l'œuvre de Marc, la science a fait d'immenses progrès, les documents se sont accumulés, les faits abondent; ce serait le plus grand service à rendre à notre pays que d'utiliser ces riches matériaux pour la construction d'une œuvre, dont le besoin se fait réellement sentir. A défaut de Legrand de Saulle, nous espérons qu'un de nos confrères, qui se livrent avec tant de succès à la pratique médico-légale, trouvera les loisirs nécessaires à une tâche aussi difficile et aussi délicate.

Dr Ant. Ritti.

Insanity, modern Views as to its nature and treatment (De la folie. Vues modernes sur sa nature et son traitement); par W. T. Gairdner, professeur de médecine à l'Université de Glascow. — Glascow 1885.

Cette brochure est la reproduction d'une conférence dans laquelle le professeur Gairdner, devant l'auditoire habituel des « *Morison Lectures* », composé de magistrats, de clergymen et de médecins, a fait une large esquisse de ce qu'est aujourd'hui scientifiquement la folie. Voici un rapide résumé de cette brillante étude.

La folie ne peut se définir. Les limites exactes ont d'ailleurs varié suivant les âges, les lois, les croyances, les doctrines religieuses et philosophiques. Au moyen âge, le domaine de la folie ne s'étendait qu'aux formes générales, à la manie furieuse. De nos jours, nous internons comme fous une foule de gens qui autrefois étaient exécutés et brûlés.

En anglais, le mot « *Insanity* » étymologiquement, veut dire « état qui n'est pas la santé » ; mais tous les états d'esprit qui sont en dehors de la normale ne sauraient être qualifiés de folie. Les excentricités de parole et de conduite, par exemple, sont dans ce cas ; et personne ne songera à soumettre à un traitement médical l'originalité d'un Shelley, d'un Byron,

©BIUM

d'un E. Irving ou même d'un Swedenborg. Au reste, à en croire Stuart Mill, l'excentricité devrait jouir d'un liberté sans limites, si, comme il le pense, elle était à notre époque de nivellement universel, de *philistinisme* général, le seul réservoir d'où puissent jaillir les idées nouvelles et le progrès. Toutefois l'excentricité côtoie souvent les frontières de la folie et parfois les franchit.

S'il est des insanités d'esprit qui échappent à la qualification de folie, comme de nos jours la croyance au spiritisme, comme au moyen âge le sombre fanatisme des bourreaux qui immolaient de pauvres folles par milliers, sous prétexte de sorcellerie, il en est qui méritent de rentrer dans son domaine. L'extravagance de certaines sectes, de certains partis, de certaines nations même, à un moment donné, touche à la folie véritable; sous l'influence de l'imitation, d'on ne sait quel courant sympathique qui circule dans les masses, ne voit-on pas se développer certaines épidémies mentales, comme celles des *Démonopathes*, des *Yumpers*, des *Shakers*, etc?

S'il n'y a pas de fossé véritable entre la folie, au sens technique du mot, et divers états d'esprit qui s'en rapprochent plus ou moins, il existe du moins un critérium auquel l'homme de science doit avoir recours dans ses jugements, c'est l'état de la volonté. L'excentrique dont le pouvoir de contrôle sur lui-même est nul, — par exemple l'individu qui de sang-froid tire un coup de pistolet sur la reine dans le but de se créer une célébrité — doit être déclaré aliéné et traité comme tel.

Du grand nombre de ces demi-fous dont on s'occupe aujourd'hui, qu'on traite, qu'on enferme au lieu de les pendre, vient peut-être l'opinion qu'à notre époque la folie est plus répandue qu'autrefois. Au fond, quand on pense aux terribles épidémies mentales du moyen âge, on a peine à accepter une pareille manière de voir. Si la civilisation a supprimé les supplices pour les fous, nous devons nous en féliciter, et ne point nous leurrer des dangers imaginaires que court la liberté individuelle, parce qu'on bâtit un nombre de plus en plus grand d'asiles d'aliénés et que la science élargit de jour en jour le domaine de la folie.

Somme toute, la folie, quelles que soient les limites que lui assignent les lois, les croyances et la philosophie d'une époque, est une maladie, et doit être traitée comme une maladie. Telle est l'idée mère des réformes opérées par W. Tuke, Pinel, Charles Worth, Gardiner, Hill, Conolly. Les anciens avaient

©BIUM

l'ellébore, le moyen âge avait ses bûchers, le siècle dernier ses cages et ses chaînes. Félicitons-nous d'avoir l'asile moderne, largement pourvu de toutes les ressources de la médecine contemporaine : hygiène, régime, traitement médical et moral.

Dr A. CULLERRE.

Traité pratique des maladies du système nerveux; par le Dr J. Grasset, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier. Troisième édition, revue et considérablement augmentée, suivie d'un *Appendice sur l'électrothérapie en général*, par le Dr Regimbeau, professeur agrégé à la même faculté. 1 vol. in-8°, Ad. Delahaye et Lecrosnier, édit. Paris 1886.

Voici un livre dont le succès n'est plus à faire. Trois éditions dans l'espace de dix ans : la première, en effet, paraissait en 1877 ; la seconde en 1880, et celle-ci, épuisée au bout de quelques années, en nécessitait une troisième. Et chaque fois l'œuvre prenait de plus grandes proportions, grâce aux progrès de la science en neuro-pathologie. Pour montrer l'extraordinaire rapidité de ces progrès, il nous suffira d'indiquer les additions que M. le professeur Grasset a été obligé de faire à son livre pour le compléter.

Et d'abord le chapitre de l'aphasie s'est accru considérablement par la place qu'il a fallu y donner à toutes les récentes et fines recherches d'analyse sur la cécité et la surdité verbales. Citons encore, dans d'autres parties du livre, les lésions des nerfs périphériques dans le tabes, les types myopathiques des atrophies musculaires, la sémiologie des paralysies radiculaires, la cachexie pachydermique ou myxœdème, la maladie de Thomsen : tous ces points ont été revus avec soin. Rien de ce qui a paru depuis la publication de la deuxième édition, sur les maladies nerveuses, n'a échappé à notre auteur ; il y a là une puissance de travail et une étendue d'information qui lui font grand honneur.

Nous recommanderons tout spécialement à nos lecteurs, le chapitre sur la paralysie générale. M. Grasset range cette affection dans les maladies diffuses cérébro-spinales, après la sclérose en plaques ; il en fait une description des plus exactes, qui, quoique courte, ne laisse de côté rien d'essentiel. Il n'entre pas dans la discussion des nombreuses théories, anciennes ou nouvelles, de la paralysie générale ; il se contente de décrire

©BIUM

avec soin les « formes les plus communes » de la maladie, trouvant sans doute, et avec raison, qu'un livre destiné à l'instruction des étudiants, doit exposer la science dans ses grandes lignes, sans tenir compte des nombreuses interprétations que les faits subissent au gré des théoriciens.

La partie du livre de M. Grasset qui a dû recevoir de nombreuses retouches, est celle consacré à l'hystérie; il lui a fallu même refondre complètement un des chapitres, celui dans lequel est étudié l'hypnotisme et le somnambulisme provoqué. Le mouvement qui entraîne les esprits vers l'étude de ces phénomènes, autrefois considérés comme faux et ridicules, est aujourd'hui tellement puissant qu'on a de la peine à le suivre. Les livres, les mémoires, les publications de tout format, s'accumulent; des dissidences se produisent; il s'oppose école à école. Est-ce au grand profit de la science? Nous le désirons. Quoi qu'il en soit, il faut reconnaître, qu'il est difficile d'exposer en quelques pages, mieux que ne l'a fait notre auteur, les résultats obtenus, et surtout d'apporter dans une telle exposition cet esprit critique indispensable en un sujet où l'erreur côtoie de si près la vérité. M. Grasset s'est tiré avec honneur de cette tâche délicate.

De toutes les additions faites à son livre, il en est une que nous goûtons fort, c'est l'appendice qui traite des *principes généraux d'électrothérapie*. M. le Dr Regimbeau s'est chargé de ce travail; il l'a accompli avec une incontestable compétence et de façon à contenter les juges les plus difficiles. Grâce à lui, l'œuvre de M. Grasset ne laisse plus rien à désirer; elle mérite de trouver place dans la bibliothèque de tout médecin praticien qui désire posséder sur les maladies nerveuses, si fréquentes de nos jours, des données scientifiques exactes et précises.

Dr Ant. Ritti.

Vocabulaire médical allemand-français; par le Dr L. Hahn, bibliothécaire en chef de la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-12 cart. à l'anglaise. G. Steinheil, éditeur. Paris, 1887.

Il n'est pas d'usage dans les *Annales médico-psychologiques* d'annoncer des vocabulaires; mais celui dont nous venons de transcrire le titre est destiné à rendre de tels services que nous

©BIUM

n'hésitons pas à le recommander à nos lecteurs. « Depuis plusieurs années, lit-on dans sa préface, l'étude de la littérature médicale étrangère, de la littérature allemande en particulier, a pris chez nous une grande importance qu'il est impossible de nier. Autrefois les publications périodiques et les classiques français constituaient à peu près toute la bibliothèque des chercheurs et des érudits; personne n'oserait aujourd'hui, lorsqu'il mentionne l'opinion d'un autre, se contenter d'une citation de seconde main, précise ou vague, exacte ou erronée. Chacun veut lire et contrôler par lui-même. Ce besoin d'exactitude est louable et correspond à un développement incontestable de l'esprit critique et du déterminisme scientifique. En revanche, il a ses inconvénients et ses difficultés; pour suivre à la lettre un auteur étranger, il faut comprendre sa langue nationale d'abord, ensuite sa langue technique; nous supposons que la première condition est réalisée, et nous offrons aux chercheurs de bonne volonté le moyen de réaliser la seconde : il nous a semblé qu'un petit livre portatif, sans digression, une sorte de table de concordance des termes médicaux-allemands et français pouvait être de quelque utilité et nous en avons rédigé un. L'avenir nous apprendra si nous avons deviné juste. »

Nous apprécions fort la justesse des considérations précédentes et nous sommes convaincu que les médecins aliénistes feront à ce vocabulaire un excellent accueil. Le plus grand nombre d'entre eux se tient au courant des travaux de médecine mentale, publiés en Allemagne, et pour les aider dans cette lecture, souvent ardue, la « table de concordance » publiée par notre savant ami le Dr Hahn, leur rendra de réels services.

Deux catégories de termes médicaux les intéressent tout particulièrement: ceux d'anatomie et de pathologie du système nerveux, et ceux relatifs à l'aliénation mentale. Nous avons contrôlé avec soin les termes de l'une et l'autre catégorie ; on peut affirmer que la concordance est généralement très exacte. Quelques termes de psychiâtrie nous ont paru insuffisamment traduits ; par exemple celui de *Verrücktheit* auquel l'auteur donne celui de *Folie* comme équivalent en français ; sa signification exacte est : *folie ou délire systématisé*. Même signification doit être donnée au mot : *Wahnsinn*. Nous citerons encore celui de *Zwangsvorstellung* qui est plus que l'idée délirante proprement dite, c'est l'idée délirante qui s'impose, c'est une idée obsessive.

Certains mots, souvent usités par les aliénistes allemands,

©BIUM

manquent encore dans le vocabulaire, tels sont : *Verwirrtheit* (démence agitée), *Querulantenirresein* (manie des querelles), *Processkrâmer* (délirant processif) ; *abulie* (absence de volonté), etc. L'œuvre de M. Hahn devra donc être complétée sur ce point particulier de la science médicale.

Le savant bibliothécaire de la Faculté de médecine savait très bien ne pouvoir atteindre du premier coup à la perfection — et celle-ci est difficile à atteindre, surtout en ce genre de travaux. Une deuxième édition, qui ne peut manquer d'être prochaine et que nous souhaitons très vivement, sera revisée avec soin ; l'auteur s'en porte garant. En attendant, nous devons le remercier d'avoir mis aux mains des médecins français un instrument de travail qui leur manquait et qui trouvera place sur la table de tous ceux qui ont quelque connaissance de la langue allemande.

Dr Ant. Ritti.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— La responsabilité criminelle des aliénés dans l'Antiquité, au Moyen-Age et à la Renaissance. Leçon d'ouverture du cours de Psychiatrie médico-légale donnée à l'Auditoire de droit de l'Université, le 30 octobre 1886 ; par le Dr Ladame, Privat-Docent, membre associé étranger de la Société médico-psychologique de Paris. Broch. in-8°, Genève 1886.

— On Aphasia, a contribution to the subject of the dissolution of speech from cerebral disease (De l'aphasie, contribution à l'étude de la dissolution de la parole, par suite de maladie du cerveau); par le Dr James Ross, médecin de l'infirmerie royale de Manchester. Londres Churchill 1887. Un vol. in-8°, 128 p.

— Leçons sur les maladies du système nerveux, faites à la Salpêtrière par le professeur Charcot — Tome troisième (2e fasicule). Publication du *Progrès médical*. Paris 1887.

— La prostitution dans l'antiquité. — Etude d'hygiène sociale ; par le Dr Edm. Dupouy. Paris 1887. Librairie Meurillon. Vol. in-8°, 220 pages.

— Les aliénés voyageurs. Essai médico-psychologique ; par le Dr Philippe Tissié, sous-bibliothécaire de la faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. Paris 1887, Octave Doin, éditeur, vol. in-8°, 112 pages.

— Hystérie et traumatisme; par le Dr Paul Berbez. Paris 1887. — Bureau du *Progrès médical*, un vol. in-8° 125 pages.

— Les anesthésies hystériques des muqueuses et des organes

©BIUM

des sens. Recherches cliniques; par Lichtwitz. Paris 1887. J. B. Baillière et fils. Un vol in-8°, 182 pages.

— Sensation et mouvement. Etudes expérimentales de psycho-mécanique; par Ch. Féré, médecin de Bicêtre. Paris 1887. — Bibliothèque de philosophie contemporaine. Félix Alcan. Un vol. in-12, 164 pages.

— Sur un nouveau mode de traitement de la morphinomanie; par le Dr O. Jennings. — Extrait de *l'Encéphale*. Paris 1887. J. B. Baillière et fils. Broch. 30 pages.

— Fourth Report of the Stats Comittee on Lunacy of Pensylvania (Quatrième rapport de la Commission des aliénés de Pensylvanie). Harrisbourg 1887.

— La *Gazette médicale de Montréal*, Revue mensuelle de médecine; par MM. Paquet, Hingston, Desjardins et Beausoleil. 1r numéro, février 1887.

— Einwirkung fieberhafter Erkrankungen auf Psychosen (De l'influence des maladies fébriles sur les psychoses); par le Dr J. Wagner de Vienne. Extrait du Iahrbucher für psychiatrie. T. VII.

— Mémoires lus à la Société médico-légale de New-York. Troisième volume de 1875 à 1878. Un vol. gr. in-8° 1886, New-York.

— Recherches analytiques sur l'urine des lypémaniaques; par le Dr Antonio Marco, directeur du laboratoire clinique du manicome de Turin 1887. Broch. in-8°.

— Relation de deux petites épidémies de variole observées chez des aliénés; par le Dr B. Laroque. Broch. in-8°. Extrait de *L'Union médicale*, 1886.

— Il nosocomio di Alexandria le attuali sue riforme edilizie (Le Nosocome d'Alexandrie et les réformes qui y sont effectuées par la municipalité); par le Dr Luigi Frigerio. Broch. in-8°, avec plan. Milan, 1887.

— Relation de l'affaire Lombardi : Suicide combiné d'assassinats commis par une mère sur ses enfants. Consultation sur l'état mental de l'accusée. Résumé des débats; par le Dr Ladame. Broch. in-8°. Extrait des *Archives de l'Anthropologie criminelle et des sciences pénales*. Lyon, 1887.

— Des rapports de la paralysie générale chez la femme avec certains troubles dans la menstruation; par le Dr Gilbert Petit, interne des asiles d'aliénés de la Seine. Thèse de Paris, 1886.

— Contribution à l'étude des eschares chez les aliénés; par le Dr Ernest Foissac, interne de la maison nationale de Charenton. Thèse de Paris, 1887.

— Vocabulaire allemand-français; par le Dr L. Hahn, bibliothécaire en chef de la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-18. Paris, 1887. G. Steinheil, édit.

©BIUM

— Article Persécution (Délire de) du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* de Dechambre ; par le Dr Ant. Ritti, médecin de la maison nationale de Charenton. Broch. in-8° de 66 pages. Paris, 1887.

— De l'état de la mémoire dans les vésanies ; par le Dr Louis Baret, anc. externe des hôpit. de Paris. Thèse de Paris, 1887.

— Etude médico-légale sur le somnambulisme spontané et le somnambulisme provoqué. Communication lue à l'Académie de médecine dans la séance du 15 mars 1887, par le Dr L. Mesnet, médecin de l'Hôtel-Dieu. Broch. in-8°, 40 p. Paris, 1887. G. Masson, édit.

— Caso di porencefalia posteriore destra da causa traumatica (Un cas de porencéphalie postérieure droite de cause traumatique); par le Dr Luigui Frigerio, directeur du manicome d'Alexandrie. Broch. in-8°. Extrait des *Annali universali di médicina*. Milan, 1887.

— Contribution à l'étude des troubles intellectuels pendant la fièvre typhoide et de la folie consécutive; par le Dr Amaury Heuzé, ancien interne des hôpitaux de Nantes. Thèse de Bordeaux, 1887.

— La syphilis est-elle une cause de la paralysie générale? par le Dr Constant Vernet, interne des asiles d'aliénés de Maréville et de Châlons-sur-Marne. Thèse de Nancy, 1887.

— Les hôpitaux en Orient. Conférence faite à la *Société de Géographie commerciale* le 15 février 1887, par Paul Aubry, chargé d'une mission scientifique en Orient. Broch. in-8°, s. l. n. d. Extrait du *Bulletin de la Société de Géographie commerciale de Paris*.

— Traité élémentaire d'anatomie médicale du système nerveux ; par le Dr Ch. Féré. 1 vol. in-8° de 495 pages avec 213 figures. Paris, 1886. Aux bureaux du *Progrès médical*.

— La Peur, étude psycho-physiologique ; par le professeur Mosso, de Turin. Traduit de l'italien par Félix Hément. 1 vol. in-18 de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, 1886. F. Alcan, édit.

— La suggestion mentale et l'action des médicaments à distance ; par le Dr Eug. Alliot. Broch. in-18. Paris, 1886. G. B. Baillière, édit.

— La criminalité comparée ; par G. Tarde. 1 vol. in-18 de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, 1886. Paris, 1886. F. Alcan, édit.

— Les phénomènes affectifs et les lois de leur apparition. Essai de psychologie générale ; par Fr. Paulhan. 1 vol. in-18 de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, 1887. Fél. Alcan, édit.

©BIUM

ASSOCIATION MUTUELLE

DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

Arsemblée générale du 25 avril 1887

Présidence de M. BAILLARGER

L'assemblée s'est tenue au domicile du Président, 8, rue de l'Université.

M. Falret fait un rapport verbal sur les comptes du trésorier et déclare, qu'après examen, les comptes ont été trouvés exacts et les pièces à l'appui régulièrement établies.

L'assemblée vote des remerciements à M. Mitivié, trésorier.

M. le Président donne la parole à M. Bouchereau pour son rapport annuel.

Messieurs.

Notre association a montré qu'elle était une œuvre féconde et utile, en distribuant plus de quatre-vint-dix mille francs depuis sa fondation, en l'année 1866.

Il y a donc lieu de s'applaudir des résultats obtenus et de remercier notre Président, M. Baillarger, de sa généreuse initiative; tous, aujourd'hui, nous devons reconnaître combien il a eu raison le jour où, la première fois, il réunissait chez lui ses amis, ses confrères, ses élèves et leur proposait d'unir leurs efforts afin d'assister les médecins aliénistes frappés dans leur fortune, leur santé, et encore de secourir les familles de ces médecins tombées dans le dénûment. A ce moment, beaucoup de ceux qui répondaient à l'appel de M. Baillarger, n'entrevoyaient certainement pas le développement que prendrait notre association, en se souvenant combien était restreint le nombre des médecins aliénistes existant en France.

Il dépend de nous, Messieurs, non seulement de continuer, mais de faire progresser encore l'œuvre de nos prédécesseurs : permettez-moi de saluer en ce jour avec une reconnaissance

©BIUM

respectueuse la présence parmi nous des premiers fondateurs de notre association.

Dans la crainte de ne pouvoir présider toutes les séances du conseil, M. Baillarger a demandé l'année dernière la création d'une place de vice-président : cette proposition, votée à l'assemblée générale, a été soumise à l'approbation du conseil d'Etat parce qu'elle entraînait la modification de l'article 10 des statuts. Cette approbation obtenue, le conseil de l'association a élu comme vice-président, M. Foville, que des titres nombreux désignaient à nos suffrages : ses fonctions d'inspecteur général, ses travaux scientifiques très appréciés, comme ils le méritent, non seulement en France mais encore à l'étranger, et son caractère qui lui donne sur ses confrères une autorité légitime. M. Foville eût certainement recueilli toutes les voix, si son élection avait dû être ratifiée par l'assemblée générale : dans ses nouvelles fonctions, M. Foville apportera à notre association son concours si actif, si précieux, et dont il a déjà donné des preuves en tant de circonstances.

Dans le courant de l'exercice qui finit en avril 1887, notre association a perdu un membre fondateur, M. Allemandou et deux membres sociétaires, MM. Barazer de Lannurien et Millet.

M. Allemandou a débuté comme médecin adjoint de l'asile d'Armentières, puis il a été nommé directeur médecin de l'asile de Saint-Alban (Lozère).

La maladie a interrompu brusquement sa carrière, et il s'est éteint à 57 ans, n'ayant occupé que peu de temps les fonctions importantes qu'on lui avait confiées.

M. Barazer de Lannurien a eu une existence bien remplie. M. Foville a rendu dans les termes les plus émus à sa mémoire l'hommage qu'il méritait.

Né à Morlaix le 30 juillet 1818, M. de Lannurien a servi en Afrique comme médecin militaire. Rentré dans son pays natal, on le place à la tête du quartier d'hospice de Morlaix, consacré au traitement de femmes aliénées; de 1833 à 1883, il remplit avec une distinction que tout le monde proclame ces fonctions délicates; il apporte dans ce service des améliorations qui le renouvelle complètement. Aussi, quand l'heure de la retraite marquée par les règlements est arrivée pour lui, comme ses forces ne sont pas épuisées et que son expérience est grande, il devient administrateur de l'établissement qu'il a dirigé si longtemps : c'est là un témoignage d'estime accordé à bien peu

©BIUM

de médecins. M. Lannurien a été membre correspondant de la Société médico-psychologique : aussi le jour où M. de Lannurien a terminé son existence, tous ses concitoyens ont tenu à témoigner publiquement l'estime qu'ils ressentaient pour lui; la population entière de la cité a partagé le deuil de sa famille : notre association a le devoir de s'associer aux regrets éprouvés par tous ceux qui ont connu cet homme de bien.

Un de nos jeunes confrères, M. Millet, nous a été enlevé à l'âge de trente-cinq ans; il était né à Suffaz dans le Jura : après avoir commencé ses études médicales à Nancy, où il avait obtenu deux médailles d'argent à la faculté de cette ville, en 1875 et 1877, où il avait rempli les fonctions d'aide d'histoire naturelle, il était venu à Paris prendre part à différents concours, à la suite desquels il avait été nommé interne des asiles de la Seine, et chef de clinique adjoint de la chaire de médecine mentale.

La Faculté de médecine lui avait décerné une mention honorable pour sa thèse, et la Société médico-psychologique le prix Esquirol en 1883; M. Millet a dû à son seul travail et à ses efforts personnels les succès qu'il a recueillis; il a amassé des matériaux qu'il utilisait quand la mort l'a arrêté : sa carrière a été trop courte. Nous joignons nos regrets sincères à ceux que M. Doutrebente a exprimés à propos de sa perte.

Trois sociétaires nous ont envoyé leur démission : MM. Bayle, Guérineau, Lacuire.

Nous remercions cinq de nos jeunes confrères qui sont venus nous offrir leur concours et dont l'admission a été prononcée.

MM. Aloyse Adam, médecin adjoint de l'asile de Bourg;
Dericq, médecin adjoint de l'asile de Prémontier;
Larroque;
Rouillard, chef de clinique adjoint de la chaire de médecine mentale de Paris;
Séglas, médecin adjoint de la Salpêtrière et de Bicêtre.

Au moment présent, notre association compte :

Membres fondateurs	84
— sociétaires	55
— honoraires	3

C'est donc, 142 membres, qui font partie de notre association.

Au point de vue financier, notre association est dans une

©BIUM

situation prospère : et il y a lieu d'arrêter quelques instants votre attention, Messieurs, sur ce point si important.

Les recettes pour l'année 1886 s'élèvent au chiffre de 14,961 fr. 01 cent.

Réparties de la manière suivante :

	fr.	c.
En caisse au 1er janvier	2,357	55
Cotisations	3,780	30
Subvention du Ministre de l'Intérieur	1,500	00
Allocation du département de la Seine	1.000	00
Souscriptions d'asiles	2,700	00
Intérêts des capitaux	3,040	60
Intérêt de l'argent déposé au Crédit foncier	12	56
Dons	300	00
Cotisations arriérées	270	00
Total des recettes	14,961	01

Pour l'exercice courant, trois nouveaux asiles ont envoyé ou promis leur souscription :

Bailleul,
Clermont (Oise),
Quimper,
Vannes, ... 100 fr.

Les asiles souscripteurs se trouvent être au nombre de 31.

Nous remercions très vivement MM. les directeurs d'avoir demandé et obtenu des préfets et des conseils généraux un concours si précieux à notre œuvre; nous leurs témoignons toute notre reconnaissance.

Durant l'année 1886, l'association a distribué en secours 7,411 fr.

Cette somme porte la totalité des fonds distribués en secours depuis la fondation de l'association au chiffre de ..... 90,861 fr.

Les dépenses et achats de valeurs pour l'année 1886, se montent au chiffre de ..... 10,335 fr. 50 c.

©BIUM

Se décomposant de la manière suivante:

Secours accordés.

	fr.	c.
1° A la veuve d'un fonctionnaire du service des aliénés ne faisant pas partie de l'association.	800	00
2° A trois veuves d'anciens internes d'asiles...	600	00
3° A huit veuves de membres de l'association..	4,200	00
4° Au fils d'un ancien sociétaire.....	800	00
5° A un sociétaire malade actuellement décédé.	211	00
6° A la femme d'un sociétaire malade.....	800	00
Frais d'administration.....	174	10
Achat de 100 francs de rente 3 0/0.....	2,750	40
Total des dépenses.....	10,335	50

Récapitulation des secours et des frais.

Années.	Secours. fr.	Frais. fr. c.	Totaux. fr. c.
de 1865 à 1886	83,450	1,611 25	85,061 25
1886	7,411	174 10	7,585 10
Totaux.....	90,861	1,785 35	92,646 35

Les prévisions budgétaires, pour l'année 1887, sont établies de la manière suivante :

	fr.	c.
En caisse.....	4,625	51
Cotisations.....	3,750	00
Souscriptions d'asiles.....	2,950	00
Allocation ministérielle.....	1,500	00
Allocation du département de la Seine.....	1,000	00
Intérêts des capitaux.....	3,150	00
	16,975	51

Par suite du nouveau placement de fonds le capital acquis, calculé au prix d'achat, se trouve porté au chiffre de 74,537 fr. 25 cent.

Comprenant :

1565 fr. de rente 4 1/2 0/0
950 fr. de rente 3 0/0

43 obligations de chemins de fer du Midi. — Conformément

©BIUM

aux statuts, on peut disposer sur cette somme de 10,500 fr.

Dans la séance du 31 janvier 1887, le conseil a alloué sur cet exercice et le premier semestre, les secours suivants :

A cinq veuves et à un fils de membres fondateurs ou sociétaires	1,900 fr.
A la femme d'un ancien médecin d'asile malade.	400
Total des secours distribués	2,300
Le solde disponible se trouve être de	8,200
Sur lequel le conseil a décidé de vous proposer	
1° La continuation d'un secours de que depuis sa fondation l'association accorde à la veuve d'un médecin attaché au service des aliénés et non sociétaire.	600
2° La faculter d'augmenter de ce secours, si durant l'année le conseil le juge urgent et possible.	200
3° Un secours de à répartir entre trois veuves d'anciens internes d'asiles.	600
Ces différents secours distribués laissent un solde de	6,800
disponibles pour les nécessités du deuxième semestre qui, suivant les prévisions budgétaires, doivent s'élever au moins à la somme de	3,500
Il restera donc pour toutes les éventualités qui pourront se présenter.	3,300

Les finances de notre Société se trouvent dans une situation prospère; grâce au zèle et au dévouement de M. Mitivié, qui donne si généreusement son temps à notre œuvre, les frais d'administration sont très modestes, Messieurs, il y a lieu de s'applaudir des résultats obtenus et de vous en remercier tous; votre générosité permet de distribuer chaque année des secours importants; le bien réalisé doit être un encouragement à essayer de faire plus encore; permettez-moi donc, Messieurs, avant de terminer, de vous inviter à agir personnellement sur chacun des aliénistes que vous connaissez, et qui ne font pas partie de notre association; veuillez les prier de se joindre à nous; c'est par l'émulation de tous, que nous réunirons de nouveaux adhé-

©BIUM

rents : Il ne faut pas oublier que pour avoir droit à un secours soi ou sa famille, il faut avoir appartenu à notre association comme membre fondateur; il n'est fait d'exception que pour des médecins aliénistes dont l'infortune est antérieure à la fondation de notre association; cette exception ne concerne qu'un nombre bien restreint de médecins aliénistes.

Or, à notre époque, par suite des changements brusques qui modifient complètement les conditions de l'existence, personne n'est certain de demeurer toujours à l'abri du besoin, si grande soit la fortune, si haute soit la situation; puis, en dehors de toute préoccupation personnelle, le désir d'aider les personnes malheureuses est un des sentiments les plus naturels : du reste depuis vingt ans, il y a une tendance générale en France à se grouper, à réunir ses efforts dans un but commun d'assistance. Messieurs, je vous convie tous à insister auprès de ceux de nos confrères aliénistes, qui sont demeurés jusqu'ici indifférents à entrer dans notre association.

Les différentes propositions du conseil sont mises aux voix et adoptées à l'unanimité. Par suite des réélections, le conseil se trouve ainsi composé pour 1887:

Président, M. Baillarger ;
Vice-président, M. Foville ;
Trésorier, M. Mitivié ;
Secrétaire, M. Bouchereau.

La séance est levée à 4 heures.

Bouchereau.

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

— M. le Dr Chaslin, ancien interne des hôpitaux, a été nommé, après concours, médecin aliéniste des hospices de Paris. Il prendra la place vacante de médecin suppléant à Bicêtre.

— *Arrêté du* 28 *mai* 1887 : M. le Dr Lemoine, agrégé de la Faculté de Lille, médecin adjoint de l'asile d'Armentières est nommé médecin adjoint de l'asile de Bailleul, en remplacement de M. le Dr Garnier, nommé directeur-médecin en chef de l'asile de la Charité (Nièvre);

M. le Dr Gilbert Petit, ancien interne des asiles de la Seine, est nommé médecin adjoint de l'asile d'Armentières, en remplacement de M. le Dr Lemoine, et placé dans la 2e classe de son grade (2,400 fr.).

NÉCROLOGIE.

A. Vulpian. — La science française vient de faire une perte douloureuse : le Dr A. Vulpian est mort le 18 mai dernier, dans sa soixante-deuxième année. Professeur de médecine expérimentale, membre de l'Académie de médecine, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, Vulpian avait atteint la plus haute situation scientifique; elle ne lui était pas contestée. Il réalisait, pour tous ceux qui l'ont approché, le type du véritable savant, aimant et cultivant la science pour elle-même, fuyant le monde et la clientèle, partageant son temps entre son service d'hôpital, son laboratoire et son cabinet de travail. Il laisse l'exemple d'une vie modeste et d'un caractère empreint de dignité, de sincérité et d'indépendance.

Ce n'est pas le lieu d'apprécier l'œuvre si vaste et si diverse de Vulpian; mais il est de notre devoir de rappeler ici la part importante qu'il a prise à cette renaissance des études sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie du système nerveux, qui date à peu près de l'époque où il soutint sa thèse de doctorat *sur l'origine réelle de quelques nerfs crâniens* (Paris 1853). Nous ne pouvons que mentionner cette innombrable quantité de recherches sur la pathologie de la moelle épinière, du bulbe rachidien et de l'encéphale, qu'il publia soit seul,

©BIUM

soit en collaboration avec son ami M. Charcot, soit avec ses élèves.

Appelé en 1864 à suppléer Flourens dans sa chaire du Muséum, Vulpian prit pour sujet de son cours la physiologie générale et comparée du système nerveux. Ses leçons furent publiées (Paris 1866) et contribuèrent beaucoup à sa réputation de savant consciencieux; elles constituent un tableau exact de la science, il y a vingt ans, et méritent à tous égards d'être encore consultées. En 1875, Vulpian publia ses *Leçons sur l'appareil vaso-moteur* (2 vol.), et enfin, en 1879, ses *Leçons sur les maladies du système nerveux*. Nous ne saurions oublier son important article sur la physiologie de la moelle épinière, inséré dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* de Dechambre, véritable monographie, un peu touffue peut-être, mais où tous les points sont discutés avec soin et éclairés à l'aide de la critique expérimentale et de l'observation pathologique.

Tous ces travaux, importants surtout par la rigueur de la méthode et l'exactitude des observations, mériteront à leur auteur une place distinguée parmi les savants qui consacrent leur existence à la solution des problèmes délicats que soulève l'étude des fonctions du système nerveux.

Léopold Turck. — Le Dr Léopold Turck, ancien représentant du peuple pour le département des Vosges, ancien médecin des eaux de Plombières, vient de mourir à Gray (Haute-Saône), à l'âge de quatre-vingt-dix ans. Nous n'avons pas à parler de la vie politique de cet honorable confrère, qui fut un praticien estimé et d'une rare intégrité; mais nous croyons devoir rappeler le rôle qu'il joua dans les dernières années de l'Empire, lors des attaques si vives et si passionnées qu'eurent à subir les médecins aliénistes et la loi du 30 juin 1838.

Le Dr Turck avait sur le traitement des aliénés des idées spéciales qu'il s'appliqua à mettre en pratique. S'inspirant des idées thérapeutiques que le professeur Hébra, de Vienne, utilisait dans les dermatoses, il soumettait les malades qu'il recevait comme pensionnaires dans sa maison, à des bains de douze, vingt-quatre et même quarante-huit heures. En outre, il voulut introduire dans le département des Vosges la pratique du traitement familial chez les paysans, telle qu'elle existe à Gheel, et employa toute son influence de conseiller général pour arriver à ce but. Ses efforts n'ayant pas été couronnés de succès, il accusa de ses mécomptes la loi de 1838 et les médecins aliénistes; il commença contre l'une et les autres une campagne des plus vives, et adressa même au Sénat impérial une pétition contre la création et le maintien des asiles

©BIUM

d'aliénés, dont il demanda la suppression. M. Suin fut chargé du rapport qu'il vint lire au Sénat dans la séance du 9 juillet 1867. Il demandait le renvoi de la pétition au ministre de la justice et au ministre de l'intérieur, pour une partie seulement, celle concernant certaines améliorations à apporter dans le service des aliénés ; et pour le reste, il proposait de passer à l'ordre du jour (V. *Annales méd. psych.* IV[e] série, t. 10, p. 228). Dans la séance du 12 décembre 1867, le Sénat a adopté ces conclusions. Ce vote semble avoir mis fin à la campagne du D[r] Turck, contre les asiles d'aliénés et leurs médecins.

LE SUICIDE EN FRANCE PENDANT LA PÉRIODE 1876-1885.

Le suicide marche parallèlement avec l'aliénation mentale, ainsi qu'on peut s'en convaincre en jetant les yeux sur le tableau suivant qui donne, pour dix années, le nombre des suicides portés à la connaissance des procureurs de la République, et, pour huit années, celui des aliénés existant au 31 décembre dans les divers asiles publics ou privés :

Années.	Suicides.	Aliénés.
1876.....	5.804	44.005
1877.....	5.922	45.326
1878.....	6.434	46.166
1879.....	6.496	46.912
1880.....	6.638	47.558
1881.....	6.741	48.813
1882.....	7.213	49.908
1883.....	7.267	50.418
1884.....	7.572	(1)
1885.....	7.982	(1)

Il est certain que ces chiffres sont au-dessous de la vérité, car, d'une part, beaucoup de suicides échappent aux constatations des autorités et, d'autre part, les aliénés soignés à domicile n'y sont pas compris; ils n'en établissent pas moins un accroissement de 36 0/0 pour les premiers et de 15 0/0 pour les seconds.

Eu égard à la population, on compte 19 suicides pour 100,000 habitants ou 1 suicide par 5,147 habitants. Cette moyenne générale s'élève au double et au delà dans les départements suivants : Aisne, 38; Aube, 39; Marne 41; Seine-et-

(1) Le dernier annuaire statistique de la France publié par le ministère du commerce ne donne pas encore le mouvement des aliénés pour les années 1884 et 1885.

©BIUM

Oise, 42; Oise, 44; Seine-et-Marne, 46, et Seine, 48. Les départements où le chiffre des suicides par 100,000 habitants reste le plus en deçà de la proportion obtenue pour toute la France, sont : le Lot, la Vendée et Tarn-et-Garonne, 7; la Lozère, le Cantal et le Tarn, 6; l'Ariège et les Hautes-Pyrénées, 5; la Haute-Loire, 4; l'Aveyron et la Corse, 3.

Le nombre proportionnel des suicidés par sexe n'a pas varié pendant les périodes 1876 à 1880 et 1881 à 1885; il est resté de 79 0/0 pour les hommes et de 21 0/0 pour les femmes.

Au point de vue de l'âge, c'est la période avancée de cinquante à soixante ans qui fournit le plus grand nombre de suicidés. Si l'on tient compte de l'état civil, ce sont les célibataires (hommes et femmes) qui fournissent le pourcentage le plus élevé, et, en ce qui concerne la profession des suicidés, les cultivateurs entrent pour plus d'un tiers dans le total général.

Pour compléter l'exposé des renseignements que contient la statisque criminelle sur les suicides, il me reste à parler des raisons pour lesquelles ont eu lieu les suicides, des modes de perpétration et des motifs présumés.

En ce qui concerne les saisons, les chiffres ne varient guère : 30 suicides sur 100 au printemps, 26 0/0 en été, 23 0/0 en hiver et 21 0/0 en automne.

Le moyen d'exécution auquel les suicidés ont eu le plus souvent recours est toujours la pendaison, 44 0/0; ensuite viennent la submersion, 27 0/0; l'usage d'une arme à feu, 12 0/0; l'asphyxie par le charbon, 8 0/0; l'emploi d'un instrument aigu ou tranchant, 3 0/0; la chute volontaire d'un lieu élevé, 3 0/0; le poison 2 0/0 et tout autre mode, 1 0/0.

Malgré les difficultés qu'éprouvent les autorités judiciaires à obtenir l'indication exacte des causes présumées des suicides, les enquêtes ne restent sans effet à cet égard que 7 fois sur 100. Les familles ont souvent intérêt à cacher qu'un de leurs membres n'a trouvé que dans la mort le remède suprême à ses souffrances physiques ou morales; mais il n'en est pas moins utile de relever les motifs indiqués par les informations officieuses ou judiciaires auxquelles il est procédé. Sur 100 suicides, 31 sont attribués à des maladies cérébrales, 17 à des souffrances physiques, 14 à des chagrins de famille, 13 à la misère ou à des revers de fortune, 13 à des accès d'ivresse ou à des habitudes d'ivrognerie, 5 à l'amour contrarié, à la jalousie ou à la débauche, 4 à des peines diverses et 3 au désir de se soustraire à des poursuites judiciaires. Ces proportions sont à peu près les mêmes chaque année et conservent toujours le même rang.

(*La Semaine médicale*, n° du 25 mai 1887.)

©BIUM

SOUS L'INFLUENCE DE L'ÉTHER.

Un médecin américain, le docteur Shoemaker, vient de faire sur lui-même une expérience assez curieuse. Avec l'assistance d'un de ses collègues, il s'est soumis à l'éthérisation, en vue de noter ses impressions le plus exactement possible. Il est assez singulier, en effet, qu'on sache encore si peu de chose sur les effets psychologiques des anesthésiques comme le chloroforme et l'éther, surtout quand on considère que les chirurgiens et même les dentistes en font journellement usage. Mais, en général, les patients sont peu enclins ou peu aptes à étudier sur eux-mêmes les phénomènes mentaux; et quant aux médecins, ils préfèrent apparemment les essayer *in anima vili* que les appliquer à leur précieuse personne.

Quoi qu'il en soit, la tentative du docteur Shoemaker est digne d'être signalée. La mode est aux analyses psychologiques basées sur les phénomènes de l'hypnotisme. Peut-être y a-t-il une voie tout aussi féconde à explorer dans l'action morale des vapeurs toxiques.

C'est sur l'éther que le physiologiste américain a procédé.

Il a commencé par prendre avec lui-même, avant de s'appliquer le masque anesthésique, la résolution de ne pas résister à l'action de l'éther, comme le font ordinairement les patients, et, au contraire, de s'abandonner tranquillement à cette action, en s'efforçant de conserver le plus longtemps possible la conscience plus ou moins nette de ce qui arriverait. Cette volonté formelle de prolonger l'état conscient ou demi-conscient jusqu'en pleine insensibilité, était même partie essentielle du programme.

Immédiatement après la première inhalation, M. Shoemaker essaya de parler. Cela lui fut impossible. La faculté d'articuler un mot était déjà partie. Il put seulement émettre un son vague et rauque.

Dès la troisième ou quatrième inspiration, le sens de l'ouïe, ceux de la vue, de l'odorat et du goût s'étaient évanouis. Le Dr Shoemaker déclare qu'il avait à ce moment le sentiment de l'inconscience; mais, chose bizarre, *il ne croyait pas* à cette inconscience, et il se rappella très nettement cet étrange état d'esprit. Quant à l'insensibilité, elle s'était établie, puisqu'il ne percevait pas les piqûres que lui faisait son collègue en divers points du corps; mais ce n'était pas, tant s'en faut, une insensibilité absolue. Au contraire, le sujet éprouvait une sorte d'angoisse générale et très douloureuse, quoiqu'il lui fût impossible de la définir ou de la localiser : angoisse qui ne le quitta plus jusqu'à la fin de l'expérience.

©BIUM

Il en a gardé le souvenir comme celui de *la sensation la plus pénible qu'il ait jamais éprouvée*.

« J'aurais voulu m'en débarrasser, dit-il, j'aurais fait n'importe quoi pour y échapper, mais je ne pouvais pas effectuer le plus léger mouvement, et j'avais conscience de cette incapacité. En même temps, la présence du chirurgien qui m'assistait m'inspirait un sentiment bizarre, sans qu'il me fût possible d'ailleurs de distinguer nettement son individualité de la mienne. C'était une sorte de conviction qu'un être en qui j'avais pleine confiance et que j'avais toujours considéré comme un ami, me trahissait bassement et abusait de mon impuissance pour me mettre à la torture. La révolte mentale la plus atroce s'ajoutait donc à mon angoisse physique. »

Sur ces entrefaites, un phénomène nouveau se manifesta, pour durer jusqu'à la fin de cette espèce de cauchemar. Le Dr Shoemaker s'imaginait voir deux lignes lumineuses, parallèles et sans fin, qui ondulaient devant lui sur un fond noir. Ce mouvement d'ondulation était accompagné d'une sorte de bruit ou de bourdonnement analogue à celui d'un rouet.

A part ces deux illusions de l'ouïe et de la vue, rien. Pas une pensée, pas une émotion. Peu à peu les deux lignes devinrent indistinctes. Puis elles finirent par disparaître.

M. Shoemaker entrait dans une troisième phase : celle du retour à la sensibilité et à la conscience, — voire à la conscience professionnelle. Comme il venait de pousser un profond soupir, il se rappela que ce symptôme, dans l'éthérisation, indique un état de profond narcotisme, — de narcotisme voisin de la mort.

Cette idée ne l'inquiéta pas, et, au contraire, lui inspira la plus vive curiosité de savoir ce qui allait arriver. Les idées affluaient maintenant.

« Je me figurais qu'il m'était enfin donné de connaître l'essence de la vie et que le voile mystérieux se déchirait pour moi, que les deux lignes onduleuses étaient une représentation graphique des deux ordres de faits de la vie organique et de la vie de relation; que je me trouvais là en possession d'une découverte de la plus haute importance et qu'il fallait à tout prix me rappeler les moindres détails, en revenant à la conscience parfaite, pour en faire profiter l'humanité. »

Sur quoi, le docteur Schoemaker s'éveilla.

(*Le Temps*, numéro du mercredi 25 mai 1887.)

LE GOITRE CHEZ LES ANIMAUX.

Le goître des animaux a été peu étudié jusqu'à ce jour, dit *The Lancet*, de Londres, et l'on ne peut guère citer sur ce cu-

©BIUM

rieux sujet que le mémoire de M. Baillarger. Un fait important constaté par cet observateur est que le goître apparaît chez les animaux domestiques dans toutes les localités où il est endémique pour l'espèce humaine. Dans le département de l'Isère et en Savoie, par exemple, l'hypertrophie de la glande thyroïde est commune chez les chevaux, les mulets, les chiens, les chats, les vaches, les moutons, les porcs et les chèvres. En certains cantons de la Suisse il est même rare de trouver un animal non goîtreux. Les mulets, en particulier, n'échappent guère à cette maladie. Chez eux, comme chez l'homme, elle paraît associée au crétinisme. Raynard a noté chez les chiens goîtreux une stupidité voisine de l'idiotie, et Rongieux a observé le même phénomène dans l'espèce chevaline. Une enquête poursuivie par Saint-Lager en Suisse, en Savoie et en Piémont lui permet d'affirmer que chez les animaux atteints de goître le poil est toujours rude et grossier, la voix rauque et la mémoire nulle. Ces bêtes sont en général très paresseuses, et leur torpeur habituelle finit par dégénérer en un état tout spécial qu'il est parfaitement légitime de considérer comme un véritable crétinisme.

Des observations analogues ont été faites en Russie, aux Etats-Unis et dans l'Amérique centrale. Dans l'Inde, le goître a été constaté chez les animaux domestiques partout où il est habituel pour l'espèce humaine. M. Greenhow a vu dans le Surjoo des chiens et des moutons goîtreux; M. Bramley a observé le même phénomène dans le Népaul, et le docteur Mac-Clelland au pied de l'Himalaya. Il arrive fréquemment dans ces régions que les chiens de pure race anglaise deviennent goîtreux à la seconde génération.

Le directeur du collège vétérinaire d'Edimbourg, M. Williams, dit que le goître se rencontre fréquemment dans le Derbyshire et le pays de Galles, chez les chevaux, les moutons et les bœufs. Il l'a souvent observé dans sa pratique personnelle, aux environs d'Edimbourg, chez les jeunes de la race ovine.

En général, la maladie paraît liée à la constitution du sol et à la présence d'une forte proportion de magnésie dans les eaux de la région. Néanmoins, les expériences entreprises par Saint-Lager et Baillarger, en vue de déterminer l'apparition artificielle du goître chez les animaux, n'ont pas donné de résultats concluants. L'administration du carbonate de chaux et de magnésie à de jeunes chiens, poursuivie pendant un semestre entier n'a produit chez eux aucune hypertrophie appréciable de la glande thyroïde. Des cobayes ont été soumis pendant plusieurs mois de suite à l'ingestion du sulfate de fer et de divers autres sels métalliques sans devenir goîtreux. Saint-Lager conte à ce sujet qu'il prit un jour dans son laboratoire une

©BIUM

souris pourvue d'un goître volumineux. L'idée lui vint aussitôt que le petit animal pouvait avoir contracté sa maladie en rongeant les débris de certain charbon très riche en sulfures de fer. Il s'empressa de se procurer une douzaine de souris et de leur administrer pendant trois mois des sulfures et des sulfates de fer, de la baryte, du fluor et du bitume. Au bout de ce temps, trois souris seulement sur douze étaient devenues goîtreuses, et c'étaient précisément celles qui avaient absorbé du sulfure ou du sulfate de fer. Plusieurs médecins lyonnais ont pu constater le fait de leurs propres yeux; mais il paraît difficile d'en tirer une conclusion applicable à l'espèce humaine, car ces deux substances sont très fréquemment appliqués à haute dose, notamment dans les cas d'anémie et pendant des périodes prolongées, sans qu'on ait constaté chez les sujets soumis à ce traitement le moindre développement anormal de la glande thyroïde.

(Le *Temps*, numéro du mercredi 8 juin 1887.)

FAITS DIVERS

Interdiction des représentations publiques d'hypnotisme. — En France, la municipalité de Bordeaux vient d'interdire les représentations d'hypnotisme que des personnes étrangères à la médecine donnaient dans différents théâtres de la ville. Cette interdiction est justifiée par des accidents survenus chez quelques sujets hypnotisés.

En Allemagne, la préfecture de police de Berlin vient d'interdire les expériences publiques d'hypnotisme organisées par un soi-disant docteur, dont le nom ne figure pas dans le *Reichs-Medicinal-Kalender*. L'arrêté d'interdiction porte que ces expériences n'offrent aucun intérêt scientifique et qu'elles peuvent offrir des dangers pour la santé des personnes qui s'y soumettent.

Maison de santé incendiée par une aliénée. — On lit dans le *Temps* (numéro du mercredi 1er juin 1887) :

« Une pensionnaire de la maison de santé de Clapton (faubourg de Londres) s'enferma vendredi dans sa chambre, après une altercation avec le directeur de l'établissement, puis elle mit le feu à son lit. Peu d'instant après, les flammes jaillirent de ses fenêtres et l'incendie s'étendit à tout le bâtiment. Une panique affreuse s'ensuivit, car l'établissement ne possédait pas moins de deux cent cinquante pensionnaires, dont un grand nombre étaient enfermés. De toutes parts s'élevaient des cris et des hurlements horribles. Grâce néanmoins aux efforts surhumains des employés de la maison et des voisins, tous les fous

©BIUM

ont pu être mis en sûreté à temps; quant à la pauvre folle qui avait été la cause de la catastrophe, elle s'était si bien barricadée dans sa chambre qu'on ne put la secourir, et l'on ne retrouva plus de son corps que des os calcinés. »

Chiens, chats, singes morphinomanes. — Sous ce titre, M. Henri de Parville rapporte, dans sa Revue scientifique du *Journal des Débats* (numéro du jeudi 19 mai 1887), les curieux faits suivants :

« On a raconté bien souvent les sensations délicieuses des fumeurs d'opium. Ce que l'on sait moins, c'est que les animaux, tout comme l'homme, recherchent cette ivresse particulière que donnent les vapeurs d'opium. Est-ce qu'ils rêvent aussi? Quels rêves? Il paraît que les chiens, les chats, les singes surtout deviennent rapidement morphinomanes. A ce sujet, M. Ludovic Jammes a cité quelques exemples intéressants. M. L..., propriétaire à Dat-Ho, près de Saïgon, est un grand fumeur d'opium; il possède un chat qui a l'habitude de venir se coucher sur le lit de camp de son maître; tous les soirs, il respire la fumée de la pipe et se met bientôt à ronronner avec bonheur. Dès qu'il a respiré la fumée de huit à neuf pipes, il entre dans un état de torpeur voisin du sommeil, puis il se réveille une demi-heure après en donnant des signes manifestes d'une excitation particulière. Il caresse son maître, joue avec les pipes, gambade, comme rajeuni et rempli d'une joie indicible.

« Les deux singes de M. M..., employé des contributions indirectes au Cambodge, sont bien plus remarquables encore. Ils suivent toujours leur maître au fumoir, et quand M. M..., dépose sa pipe, l'un des singes se baisse et applique ses narines sur le bouquin en os d'où sort encore un peu de fumée, il aspire avec délices; l'autre cherche dans les boîtes les résidus d'opium qui peuvent s'y trouver et il les avale. Ces deux singes sont devenus si morphinomanes que, lorsqu'on oublie de les amener le soir sur le lit de camp, à l'heure de la pipe, ils jettent des cris assourdissants et cherchent à rompre leurs chaînes. M. M... a affirmé à M. Jammes que, lorsqu'il était obligé de partir en voyage, ce qui arrive assez souvent, si son absence dure quelques jours, il retrouve l'un des singes exténué, triste et refusant toute nourriture; l'animal ne reprend sa vivacité habituelle que lorsqu'il a respiré la fumée de plusieurs pipes d'opium.

« Un riche négociant chinois possède aussi un gros singe qui pousse des cris perçants, quand on l'empêche de venir partager avec son maître sa ration quotidienne de vapeurs d'opium. Un autre négociant chinois de Canton a un petit chien à long poils de race européenne. L'animal s'habitue peu à peu à

©BIUM

la fumée que son maître s'amuse à lui lancer au museau. Bientôt il vient de lui-même tous les soirs retrouver le négociant et respirer béatement la vapeur aromatisée.

« Enfin, selon M. Jammes, les indigènes prétendent que l'opium produit des effets merveilleux, même sur les animaux les plus rebelles à la domesticité. Ainsi, à l'aide de l'opium, un mandarin cambodgien aurait apprivoisé facilement et rendu d'une extrême douceur une panthère toute jeune. L'opium est très cher; autrement, nous aurions bien des occasions de nous en servir dans notre pays. »

Tentative d'assassinat d'un aliéné sur son médecin. — On lit dans la *Semaine médicale* (numéro du 22 juin 1887) :

« Notre collaborateur et ami, le Dr Deny, médecin de l'hospice de Bicêtre, a été victime, la semaine dernière, d'une agression qui aurait pu avoir de graves conséquences. Un pensionnaire de son service a cherché pendant la visite à le frapper au ventre avec un couteau. Notre ami a été assez heureux pour éviter le coup qui lui était destiné; nous l'en félicitons bien vivement. »

Dépôt à la Chambre des députés du projet de loi sur les aliénés. — Dans la séance du vendredi 24 juin 1887, M. le ministre de l'intérieur a déposé à la Chambre des députés le projet de loi, voté par le Sénat le 11 mars 1887, tendant à la revision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. Sur la proposition de M. Jules Gaillard et de plusieurs de ses collègues, l'urgeance a été déclarée, par 270 voix contre 223. Le projet de loi renvoyé à l'examen d'une commission nommée par les bureaux, ne sera donc soumis qu'à une seule délibération.

Nous publierons dans notre prochain numéro le texte complet du projet de loi voté par le Sénat.

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

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DE PARIS

Chronique

Inauguration de la statue de Joseph Guislain à Gand.

Le 10 juillet 1887 marquera dans les fastes de la ville de Gand. On inaugurait la statue en bronze d'un de ses enfants les plus illustres, qui consacra toute son existence au soulagement des aliénés de son pays. Nous voulons parler de Joseph Guislain, né à Gand le 2 février 1797, et décédé dans la même ville le 1er avril 1860.

La fête de l'inauguration commença par une visite à l'hospice qui porte le nom de celui que nous fêtons aujourd'hui. L'hospice Guislain, tout pavoisé, reçut les autorités de la ville de Gand et quelques invités. Le Dr Morel, dans une courte allocution, rappela l'état dans lequel Guislain trouva les aliénés lorsque, au début de sa carrière, il fit son entrée dans les asiles. Ces malheureux étaient logés dans des réduits dont la

©BIUM

malpropreté dépassait toute idée ; ils étaient exposés aux plus mauvais traitements que pouvaient enfanter un manque absolu de science et une fantasque inhumanité, dégénérée en habitude. Les administrations publiques ne semblaient guère s'inquiéter d'eux ; une fois dans l'asile, ils perdaient tout espoir de le quitter vivants. Guislain débuta en arrachant à ces malheureux les chaînes que l'on conserve encore à l'hospice à titre de souvenir. Guislain visita ensuite les principaux asiles de l'Europe et, pendant plus d'un quart de siècle, il soutint une lutte ardente contre l'indifférence et la résistance. Mais un cœur, comme le sien, ne pouvait rester incompris. En 1850, il fut le principal promoteur de notre première loi sur le régime des aliénés et, grâce au concours de la Commission des hospices civils de Gand, il obtint, en 1857, la construction de l'hospice qui aujourd'hui est connu de toutes les célébrités psychiatriques du monde entier.

Guislain légua même la majeure partie de sa fortune à la Commission des hospices civils de Gand et donna ainsi la preuve d'un attachement sans bornes à la cause sainte qu'il avait défendue.

M. Lentz, inspecteur général des asiles d'aliénés du Royaume, prononça le discours de la remise de la statue à la ville de Gand. Il y fit ressortir que c'est parmi quelques membres de la Société de médecine mentale que prit naissance l'idée d'élever au savant aliéniste un monument digne de lui. Grâce à l'initiative de feu le Dr Ingels et de M. Oudart, alors inspecteur général des asiles d'aliénés, la souscription obtint l'appui, non seulement de tous les corps savants belges, mais encore des savants étrangers. Les membres de la Société médico-psychologique de Paris souscrivirent en grand nombre ; les plus savants médecins aliénistes de la Hollande, de l'Angleterre, de la Suède, du

©BIUM

Danemark, de la Russie, de l'Autriche, de l'Allemagne, de l'Italie, même de l'Amérique participèrent à la souscription publique.

M. Leppens, bourgmestre de la ville de Gand, remercia le Comité organisateur et les souscripteurs qui avaient coopéré à perpétuer la mémoire du bienfaiteur des malheureux privés de la raison. « C'est, dit l'honorable bourgmestre de Gand, en montrant aux yeux de tous et avec un éclat inaccoutumé, de quels honneurs ils jugeaient dignes ceux qui se dévouaient à la chose publique, que les anciens éveillaient et surexcitaient les sentiments de générosité et de dévouement qui font briller dans l'histoire de ces âges tant et de si belles figures. C'est en honorant, comme ils l'ont mérité, ceux qui se dévouent au progrès de la civilisation et au bien-être de l'humanité, que nous allumerons dans l'esprit de nos concitoyens la noble ardeur qui doit les leur faire imiter.

« Les pouvoirs publics ont voulu reconnaître les éminents services rendus par Guislain ; ils ont apporté leur concours à l'œuvre de glorification qui s'accomplit aujourd'hui. La population et le Conseil communal de Gand ont tenu à y prendre une grande part. Car c'est une vieille et excellente chose que cet esprit de complète solidarité sur lequel a toujours reposé l'existence et la vie de nos grandes communes. Maintenant, comme il y a des siècles, nous aimons encore dans notre ville de Gand à nous réchauffer le cœur aux rayons de la gloire de ceux qui, comme nous, furent ses enfants. Nous resterons fiers d'être avec eux d'une même cité, et nos poitrines se gonflent d'une noble ambition de les imiter, à la vue des honneurs qu'ils ont su mériter. Aussi la ville entière vient-elle prendre sa part de la renommée que le Dr Guislain s'est acquise. »

©BIUM

M. le Dr Lefebvre, président de l'Académie de médecine de Belgique, rappelle ensuite Guislain, l'éloquent académicien, le grand citoyen, qui a traversé la vie en semant la vérité et le bien autour de lui. C'est à Guislain qu'on doit une découverte scientifique qui, à elle seule, suffirait à illustrer une vie humaine: c'est-à-dire le rôle prépondérant de la douleur morale dans la genèse de la folie.

L'aliéné se trouvait, devant Guislain, comme un problème vivant dont il fallait dégager une inconnue, la cause qui provoque cette grande perturbation. Guislain soupçonne un point douloureux ; il tâte cette âme malade et celle-ci lui répond par un cri de souffrance. L'exaltation morbide de la sensibilité précède et entraîne l'altération de l'intelligence. Si Guislain a exagéré la thèse, à lui au moins revient l'honneur de l'avoir créée, et la constatation de cette loi générale suffirait déjà pour le classer parmi les premiers aliénistes du pays.

L'influence que Guislain exerçait au sein de l'Académie de médecine ne tenait pas seulement à son talent, mais encore à son caractère. De sa personne rayonnait un sorte de courant magnétique qui pénétrait et attirait tous ceux qui l'entouraient.

C'est M. le Dr Richard Boddaert, professeur à l'Université de Gand et ancien élève de Guislain, à qui échut certainement la tâche la plus belle à remplir. Il avait succédé au maître comme professeur de physiologie et c'est comme tel qu'il traça en termes émus et éloquents la vie du grand homme. Nous donnerons ici la quintessence de son discours.

Guislain n'avait guère pratiqué l'expérimentation ; mais il appliquait avec une prédilection visible un moyen d'investigation peut-être trop négligé de nos jours, la méthode comparative. De son temps le pro-

©BIUM

blème physiologique se posait dans l'enseignement d'une façon plus rationnelle qu'aujourd'hui ; on ne se bornait pas, pour le résoudre, à l'étude isolée de l'organisme humain, de celui qui offre précisément le plus haut degré de complexité. Guislain faisait un fréquent appel à l'anatomie et à la physiologie comparées ; il tirait parti de cette gigantesque expérience qu'institue la nature, en adoptant les divers organismes à leurs conditions d'existence. Il étudiait avec soin les modifications que subit la structure anatomique et il en rapprochait, par des déductions souvent heureuses, les particularités qui se détachent sur le fond commun de l'activité vitale.

Il insistait beaucoup aussi, et avec raison, sur les données tirées de l'étude physiologique des maladies, sur cette expérimentation spontanée qui se traduit par la constitution de l'état pathologique. Ce procédé de recherche a l'avantage d'être immédiatement applicable à l'espèce humaine, où la méthode expérimentale proprement dite ne peut s'exercer que dans des limites très restreintes. Guislain comparaît avec soin le résultat des autopsies avec les modifications observées dans les phénomènes vitaux et, sous ce rapport, sa situation médicale le favorisait singulièrement.

Quant aux publications de Guislain sur des points de physiologie, il faut spécialement mentionner le mémoire remarquable où il s'attache à réhabiliter Van Helmont, où il traite de la nature considérée comme force instinctive des organes. Guislain, comme la plupart des médecins qui ont marqué dans la science et dans la pratique, était profondément vitaliste. Pour lui, la vie se distingue des forces qui régissent la matière brute, d'abord par une unité intelligente, point de départ d'une harmonie parfaite, puis par la résistance aux agents physiques et chimiques. Cette œuvre

©BIUM

eut un légitime retentissement. Claude Bernard en faisait l'éloge et, dans son introduction à l'étude de la médecine expérimentale, il expose une doctrine qu'il avait probablement prise dans le mémoire de Guislain.

C'est dans le même esprit que Guislain conçut un autre travail important, celui où il essaya de démontrer l'influence que les actes sensoriaux de la mère exercent sur le développement du fœtus. Il y conclut à une corrélation précise entre l'impression reçue par la mère et la monstruosité que porte l'enfant.

Sans doute, toutes les observations de Guislain ne sont pas à l'abri de la critique ; plusieurs d'entre elles paraissent cependant probantes. Il est intéressant de constater que Guislain invoque à l'appui de sa thèse le magnétisme animal et les transmissions imitatives qui se produisent parfois sous son influence. Il fallait, en 1842, un certain courage pour proclamer que le magnétisme animal est une vérité.

Le maître, dans son *enseignement de l'histoire de la médecine*, prétendait aussi que de siècle en siècle, sous des formes nouvelles, sous un revêtement approprié à la mode du jour, les mêmes idées tendent à se reproduire. Il mettait son jeune auditoire en garde contre de prétendues innovations, contre de prétentieuses réformes sur lesquelles l'expérience des siècles avait déjà prononcé.

Ce sont, disait-il, dans une de ces audaces de langage qui lui étaient familières, des générations nouvelles qui se ruent sur de vieilles idées. Aussi conseillait-il de s'attacher aux vérités fondamentales qui ont lentement traversé le cours des âges, acceptées par toutes les grandes illustrations médicales.

Son enseignement témoignait de longues et patientes études, sa haute raison, sa vaste expérience, ses connaissances si variées, son puissant esprit d'observation

©BIUM

qu'il avait longuement exercé sur divers théâtres, lui donnaient l'autorité nécessaire pour discuter les différentes opinions, pour arriver à des vues originales, à des rapprochements ingénieux. Son auditoire gardait un silence religieux ; sous cette parole éloquente, il écoutait recueilli. Ce professeur incomparable voulait faire, d'après ses propres paroles, de bons médecins, des citoyens utiles à la patrie, des médecins meilleurs qu'il ne l'était lui-même.

A M. Lentz, médecin-directeur de l'asile de Tournai et inspecteur adjoint des asiles d'aliénés du royaume, incombait la noble tâche de retracer la carrière du maître comme médecin aliéniste.

Après avoir payé un tribut de regrets aux deux hommes que la médecine mentale vient de perdre, l'inspecteur Oudart et le Dr Ingels qui furent les initiateurs de l'Œuvre de la Statue, il confond dans une même auréole les noms de Pinel, d'Esquirol et de Guislain et répète avec l'éminent aliéniste Hack Tuke : « Il y a dans le monde assez de maux et assez de souffrances pour le peu de réformateurs qui surgissent de temps à autre, pour que la renommée de l'un ne vienne ternir l'éclat de l'autre. » S'il n'a été donné à Guislain d'opérer ses réformes que près d'un demi-siècle après Pinel, s'il a trouvé les routes ouvertes et les voies aplanies, les difficultés qu'il a eu à vaincre n'ont pas été moins grandes et les résistances moins vives. — La situation des aliénés en Belgique en 1830 ne valait peut-être pas celle des aliénés de Paris en 1790 et Guislain avait en moins l'enthousiasme du moment. Pinel avait eu une excuse à sa folie, car c'est bien ainsi qu'apparut au début sa généreuse initiative : il vivait au milieu d'un monde qui se renouvelait ; les aspirations généreuses, servies par des cœurs généreux, éclosaient de toute part, et si toutes n'ont pas laissé d'aussi heureux

©BIUM

résultats, si plus d'une a dépassé le but, toutes au moins étaient sincères.

Combien différent de ce champ de travail était celui de Guislain ! Guislain était arrivé à une période de misère et de souffrance ; l'égoïsme, ce fruit des crises économiques, s'était substitué aux nobles aspirations du commencement du siècle. Mais Guislain était de ces natures que l'obstacle grandit et auxquelles la lutte infuse de nouvelles énergies.

Et vingt ans après, en jetant sur le passé un regard satisfait, il a pu s'écrier au moment de léguer à ses successeurs l'œuvre de toute son existence : « Je laisse un asile modèle, et les autres en voie d'amélioration ; les aliénés traités avec bienveillance ; une loi pour les protéger, des disciples de mérite pour les soigner et des leçons pour leur servir de guide ! »

Guislain était devenu le Pinel et l'Esquirol de la Belgique.

Le monument que la reconnaissance a élevé au grand homme, vise au delà de l'homme lui-même. Guislain, dont les œuvres ont eu le rare bonheur de mériter une réimpression trente années après leur publication, a élevé lui-même un monument qui défie les ravages du temps.

La réhabilitation de l'aliéné avait commencé par l'asile, elle finit par le médecin ; il fallait former l'opinion publique, et ce n'est qu'en frappant l'imagination du peuple par la grandeur de l'œuvre qu'on parvient à lui inspirer le respect de l'idée qu'elle représente. C'est par le sentiment, bien plus que par l'intelligence, qu'il faut faire l'éducation des masses. Guislain l'avait compris en édifiant ce palais de la folie qui se dresse non loin de sa statue, et qui, conçu et élevé un des premiers, sert aujourd'hui encore de modèle aux spécialistes.

Guislain était grand surtout par le cœur ; car c'est du

©BIUM

cœur que lui vinrent les immortels principes sur la pathogénie, dont il dota la science. Ses doctrines sur l'influence de la douleur morale dans la production de l'aliénation mentale et sur la prédominance des causes morales dans la genèse des troubles psychiques, constituaient pour l'époque où elles apparurent une de ces conceptions générales qui s'imposent au monde savant. Ses études sur l'émotivité et le rôle qu'elle joue dans le domaine de la psychiatrie ont révolutionné la science mentale et aujourd'hui que près de cinquante années de progrès ont transformé la pathologie de l'esprit, les doctrines du maître demeurent intactes.

Mais la pathogénie n'est qu'une synthèse; à une science de développement il fallait des principes certains et c'est dans la clinique que Guislain les puisa tout entiers. La clinique et l'observation devinrent la base de son œuvre et font de celle-ci un monument impérissable.

Physionomiste expérimenté, il possédait à un haut degré le coup d'œil médical si nécessaire, surtout au médecin de l'âme ; artiste jusque dans l'expression qu'il savait adapter aux circonstances avec un art merveilleux, il poétisait les choses les plus vulgaires. Son œuvre fut la photographie de la nature ; elle reste impérissable comme elle.

Guislain fut un des initiateurs de la clinique qui domine la pathologie mentale actuelle, et parmi les nombreux progrès réalisés jusqu'à ce jour, il n'en est pas un qui ne se retrouve en germe dans les travaux du maître.

La Société de médecine mentale de Belgique remplit un double devoir : elle paie à Guislain une dette de reconnaissance, car elle ne saurait oublier que c'est à l'influence vivifiante de ce grand esprit qu'est due la renaissance de la médecine mentale en Belgique : l'homme de génie n'est pas seulement grand par l'influence qu'il exerce sur ses contemporains; quand il disparaît de ce

©BIUM

monde, son esprit lui survit et inspire souvent pendant plusieurs générations, l'activité scientifique d'un pays : le nom de Guislain a été pendant de longues années notre unique signe de ralliement ; il restera longtemps encore le véritable drapeau de la médecine mentale belge.

La fête de l'inauguration de la statue de Guislain était rehaussé par la présence de M. Lentz, inspecteur général des asiles d'aliénés du Royaume ; on y voyait également le gouverneur de la Flandre orientale, le bourgmestre et les échevins de la ville de Gand, M. de Grave, greffier provincial, M. Van Dooren, commissaire d'arrondissement, l'administrateur-inspecteur et le recteur de l'Université de Gand, la Faculté de médecine de notre université et des délégués des différentes facultés, le Dr Hack Tuke, délégué de l'Association médico-psychologique de la Grande-Bretagne et de l'Irlande, le Dr Ramaer, inspecteur général des asiles d'aliénés de la Hollande, délégué par la Société médico-psychologique de ce pays et le Dr Steenberg, professeur de psychiatrie à l'asile de Saint-Hans à Rosskelde, délégué par les sociétés psychiatriques des pays Scandinaves. Nos collègues Christian et Ritti s'étaient fait excuser, ainsi que la Société médico-psychologique de Paris, de Saint-Pétersbourg, de Kharkoff, de l'Italie, les docteurs Brosius et van Laehr, de l'Allemagne, Van der-Lith, d'Utrecht, Clark Bell, de New-York. La fête s'est terminée par un banquet où, en dehors des toasts prononcés en l'honneur des autorités et du Comité organisateur, MM. les docteurs Ramaer et Steenberg ont tenu à célébrer les mérites de notre illustre maître. Enfin, le Dr Hack Tuke donna lecture d'un discours en l'honneur de notre Pinel belge.

Dr Jules Morel,
Médecin en chef de l'hospice Guislain de Gand.

©BIUM

Pathologie.

DU SUICIDE

DANS LE DÉLIRE DES PERSÉCUTIONS

Par le Dr Jules CHRISTIAN
Médecin de la maison nationale de Charenton.

Les persécutés se suicident-ils? Cela ne faisait aucun doute pour les premiers observateurs. Lasègue signale une tentative de suicide chez l'une de ses malades (Obs. XII). Dagron publie (*Arch. clin. des mal. ment.*, avril 1861) l'observation de la femme G..., homicide et suicide. Legrand du Saulle, dans son *Délire des persécutions*, aussi bien que dans son *Etude médico-légale sur les testaments*, cite un certain nombre de suicides chez des persécutés. A. Voisin, dans ses *Leçons cliniques sur les maladies mentales* (p. 179), rapporte l'histoire d'une persécutée (1), la femme C..., qui, à l'église de Montmartre, avait tiré trois coups de revolver sur le curé pendant qu'il prêchait, et qui, reconnue aliénée, et enfermée à la Salpêtrière, s'y pendit peu de temps après. S'il m'est permis de me citer moi-même, je rappellerai que, dans mon *Etude sur la mélancolie* (1876), j'ai raconté plusieurs tentatives de suicide chez des persécutés (Obs. 25-41). Enfin, dans l'article *Suicide*,

(1) Obs. XXXVIII du *Délire de persécution* de Legrand du Saulle.

©BIUM

du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, Ritti signale le suicide chez les persécutés, tout en reconnaissant que le délire des persécutions est, de toutes les formes de mélancolie, celle où il est le moins fréquent (p. 310).

Tout cela uniquement pour prouver que, jusqu'à ces derniers temps, tout le monde admettait que le délire des persécutions peut conduire à la mort volontaire.

Je pourrais ajouter que, bien avant même que le délire des persécutions eût été isolé et décrit, il y avait eu des *persécutés* qui s'étaient donné la mort. Je n'en veux pour exemple que cet aliéné, dont le testament, attaqué par les héritiers, fut l'objet d'une consultation d'Esquirol : le fait remonte à 1831 ; on le trouvera dans le tome V des *Annales d'hygiène et de médecine légale*. Enfin, le plus célèbre de tous les persécutés, Jean-Jacques Rosseau, a, lui aussi, fini par le suicide.

Voici cependant une autre théorie : elle se trouve formulée dans une thèse soutenue en 1886 à la Faculté de médecine de Bordeaux (1), par M. le Dr Abel Meilhon, ancien interne des asiles de Pau et de Toulouse, qui déclare hardiment que « d'une façon générale, les malades « atteints de folie des persécutions, ne se suicident pas » (p. 45).

Pour étayer cette doctrine, qui, il le reconnaît volontiers, lui a été inspirée par les idées et les leçons d'un observateur distingué, M. le Dr Régis, — M. Meilhon recourt à deux sortes de preuves :

1° L'une, de fait : la rareté des suicides chez les persécutés, rareté attestée par le petit nombre d'observations qui existent dans la science. Encore, parmi ces observations, en est-il qui ne se rapportent nullement au véritable délire des persécutions.

(1) *Annales médico-psychol.*, numéro de mars 1887.

©BIUM

L'argument est sérieux, mais il ne faudrait pas en exagérer l'importance ; les faits de suicide ne sont pas précisément ceux que l'on se plaît à publier. Pour arriver à une donnée précise, il faudrait pouvoir faire une statistique complète des aliénés qui se sont tués, dans un temps déterminé : on verrait alors dans quelle proportion y figurent les persécutés.

2° L'autre, de raisonnement : « Les persécutés ne se « tuent pas, parce qu'ils auraient l'air de céder devant « leurs ennemis imaginaires, et qu'au contraire ils veu- « lent lutter sans trêve pour faire triompher leur inno- « cence et assurer leur vengeance, etc... »

Pour que cet argument ait toute sa valeur, il faudrait démontrer tout d'abord que les persécutés ne se suicident que par suite d'un raisonnement ; — en second lieu, qu'ils raisonnent comme il vient d'être dit. Or, il se trouve, par exemple, que Legrand du Saulle attribue à ces malades une façon de raisonner toute différente : « Un jour, dit-il, la mesure est comble et l'exaspération arrive. La résignation apparente a fait son temps, l'heure de la rébellion a sonné. Deux moyens, tout d'abord, se présentent : sortir volontairement de la vie, et, dans une déclaration suprême, rejeter sur ses ennemis la déshonorante responsabilité de ce suicide lentement provoqué par eux seuls, — ou s'armer d'un fer homicide, etc... » (*Etude médico-légale sur les testaments*, p. 359.)

Ne se pourrait-il pas aussi bien que leur raisonnement fût le suivant : « Voilà tant d'années, dirait l'aliéné en proie au délire de persécutions, que je n'ai ni trêve ni repos ; j'ai vingt fois changé de logement, j'ai quitté ma ville natale, je me suis même expatrié, le tout en vain. On me tourmente toujours tout autant. Est-ce la peine de résister ? Que vaut la vie quand elle est si misérable ? etc. »

©BIUM

Et la conclusion *théorique*, cela va sans dire, — serait que tous les persécutés doivent nécessairement finir par se donner la mort.

Rien ne serait plus facile que de multiplier les hypothèses ; mais je trouve, quant à moi, qu'elles ne sont fondées ni les unes ni les autres. Je ne crois pas que l'aliéné raisonne autant qu'on se plaît à le supposer. Comme je le disais récemment à la Société médico-psychologique (séance du 23 mai 1887), « l'aliéné ne rai- « sonne pas son délire, il le *subit*, et nul ne le subit plus « passivement que le persécuté. » C'est ce que Lasègue avait déjà dit.

Lors donc que le persécuté se tue, il se peut sans doute qu'il ait *raisonné* cet acte (certains testaments en sont la preuve évidente) ; mais souvent aussi, le plus souvent même, il aura cédé à une impulsion soudaine, irrésistible ; il aura agi dans un accès de désespoir ; ou bien même il n'aura fait qu'obéir à une hallucination.

Toutes ces réflexions me sont suggérées par une circonstance fort singulière, à laquelle je n'avais guère pris garde : depuis le 1er janvier 1879 jusqu'à l'heure actuelle, je n'ai eu dans mon service à Charenton que *trois* suicides. Sur ces trois malades, deux étaient des persécutés types ; le troisième avait eu, lui aussi, des idées de persécution, mais seulement d'une façon accessoire.

C'est cette coïncidence qui me décide à publier mes observations. Si l'idée s'accréditait que les persécutés ne se suicident pas, il pourrait en résulter pour les médecins des asiles et des maisons de santé de fort désagréables surprises.

Observation I. — Antécédents héréditaires. — Insolation aux colonies. — Délire de persécutions, idées de grandeur ; hallucinations de la sensibilité générale. — Accès de violence. — Le malade s'étrangle avec une serviette.

M... né en 1852, enseigne de vaisseau, est placé à la maison de Charenton au mois d'octobre 1879. Les premiers symptô-

©BIUM

mes d'aliénation paraissent remonter au mois d'avril, et se sont manifestés à la suite d'une journée passée à bord, en plein soleil, dans une manœuvre commandée : M... servait à bord d'un des vaisseaux de l'escadre des Antilles. Il fallut le débarquer et le faire ramener en France par le premier paquebot. Après avoir été successivement traité à l'hôpital de Brest, puis au Val-de-Grâce, M... fut conduit à Charenton, où il arrive en proie à une grande exaltation : il se plaint amèrement du Val-de-Grâce où il a été indignement *magnétisé* ; nuit et jour on a dirigé sur lui les décharges d'instruments puissants, dans le but de lui faire perdre la tête et d'abîmer sa santé. Il réclame impérieusement sa sortie, proteste contre la violence qui lui est faite, etc. Une des idées qui domine à ce moment est celle de son mariage avec une jeune fille, qu'il avait connue enfant, mais qu'il n'avait plus vue depuis de longues années.

Des renseignements que je pus obtenir, il résulte que M... souffre d'une prédisposition héréditaire. Son père était un alcoolique et s'était toujours montré très exalté. Un oncle paternel s'était également fait remarquer par son exaltation. M... avait, dès son enfance, montré un caractère bizarre, ombrageux, peu sociable. Cependant il avait été reçu à l'École navale et était au moment de passer à un grade supérieur. Il était de petite taille, brun, bien constitué ; il n'avait fait aucune maladie grave.

Pendant près de six ans qu'il passa dans mon service, ce malade ne cessa de présenter à un haut degré les symptômes caractéristiques du délire de persécutions : hallucinations continuelles de l'ouïe et de la sensibilité générale : *on l'électrisait, on lui donnait des coups dans la tête, on lui abîmait les dents ; on mettait du mercure dans ses aliments*, etc. Sous l'influence de ces fausses sensations, M... entrait dans des accès de fureur, et il était devenu d'autant plus dangereux pour son entourage, qu'il accusait le médecin et les surveillants de venir la nuit dans sa cellule pour l'insulter et lui donner, au moyen d'un appareil *magnétique*, de grands coups dans la tête. Il se nourrissait mal : pendant longtemps il ne voulut manger que du pain, prétendant que tout le reste n'était que de la *charogne* ; il refusait le vin qu'il disait empoisonné, et c'est à grand'peine que nous pouvions le décider à prendre du lait.

Une particularité curieuse chez ce malade, ce fut l'apparition des idées de grandeur : il était depuis plusieurs mois à Cha-

©BIUM

renton, sans cesse occupé de ses projets de mariage, quand tout d'un coup, du jour au lendemain, il déclara qu'il allait épouser la fille du Président de la République, et prendre le commandement d'un cuirassé avec lequel il irait en Australie, etc.

Ces idées ambitieuses ne le quittèrent plus ; de jour en jour il devint plus difficile, plus violent ; il était dans un état de continuelle surexcitation, n'ouvrant la bouche que pour nous insulter et nous menacer. Jamais il ne m'avait dit qu'il mettrait fin à ses jours ; il ne parlait que du mauvais parti qu'il nous réservait le jour où il pourrait se venger de nous.

Le 30 mai 1885, en entrant le matin dans sa cellule, l'infirmier trouva M... accroché aux barreaux de sa fenêtre ; il s'était étranglé à l'aide de sa serviette roulée autour du cou et fixée par un bout au grillage. Le cadavre était déjà froid ; la mort remontait à plusieurs heures.

A quel mobile avait obéi le malade en s'étranglant ? J'ai appris plus tard par sa mère, que, lorsqu'elle venait le voir dans les derniers temps, il lui avait dit que, si on continuait à le torturer, et s'il ne pouvait pas une bonne fois se venger des infâmes *canailles* qui le maltraitaient, il aimerait mieux mourir. La mère avait négligé de me prévenir. Il me paraît probable que le suicide s'est accompli sous l'influence d'une excitation plus violente : M. a dû se tuer dans un véritable accès de fureur, je dirai presque de rage impuissante.

Observation II. — Hérédité. — Enfance maladive. — Délire de persécutions. — Hallucinations multiples. — Actes de violence. — Idées de grandeur. — Suicide par strangulation.

Le malade dont il s'agit, né en 1858, a été placé à Charenton au mois de février 1884 ; il y est mort en novembre 1885. Pour la première partie de son observation, celle antérieure à son admission, je possède un document précieux, une consultation rédigée par M. Motet ; c'est dire que je ne saurais mieux faire que d'en reproduire les principaux passages :

« Fils unique, M. X..., dont l'enfance a été maladive, a été de la part de sa mère l'objet des soins les plus assidus et d'une tendresse exagérée jusqu'à la faiblesse. En vue du mauvais état de sa santé, l'enfant fut élevé à la maison, et son éduca-

©BIUM

tion resta, par certains côtés, un peu trop féminine; il en résulta une exaltation de sentimentalité, une disposition à la jalousie et des tendances tyranniques vis-à-vis de sa mère.

M. X... porte lourdement le poids d'une hérédité morbide incontestable. Son père a été atteint, il y a quatre ans, de démence paralytique (il a succombé depuis) ; deux cousines germaines, dans la ligne paternelle, ont été, l'une, idiote, morte à quatorze ans ; l'autre, maniaque chronique, internée pendant vingt-cinq ans dans une maison de santé spéciale ; une tante est devenue démente et a vécu dix ans dans cet état.

Cette prédisposition héréditaire à la folie a préparé l'explosion de troubles intellectuels qui, depuis deux ans surtout, s'accusaient par des conceptions délirantes, vagues d'abord, se systématisant peu à peu, définitivement constatées aujourd'hui.

Sans rien formuler de précis, il se plaindra qu'*on* mouille méchamment ses chaussures, ou qu'*on* les fasse chauffer pour en altérer le cuir, qu'*on* rétrécisse ses habits, qu'*on* arrête le mouvement des pendules ou de sa montre.

Quelque temps après, se promenant seul aux Champs-Elysées, il entend une voix dire : « *Quelle débine il fait ! Ce rouge-là c'est une horreur !* » Il se retourne et ne voit personne ; il rentre chez lui atterré, et tout le long du chemin il surprend des regards malveillants ou ironiques. Il demeure convaincu qu'il est suivi par des *mouchards*.

Quelque temps après, il regardait des objets exposés dans une vitrine, dans la rue Saint-Honoré, lorsque tout à coup il entendit ces mots : « *Sacrée sale vache.* » C'était bien à lui qu'on s'adressait, il en est bien sûr, seulement il n'a pas vu l'individu qui l'injuriait, et il suppose que ce pouvait bien être un petit garçon qu'il aperçut à une certaine distance de lui, et qui avait l'air de le « *narguer* ».

A partir de ce moment, les inquiétudes sont de chaque jour, presque de chaque instant. Au mois de novembre 1883, il veut quitter sa mère, il lui fait les reproches les plus injustes, les plus blessants.

Quelque temps après, en plein jour, dans la rue, sans provocation, il brise sa canne sur la tête d'un passant. C'était un ouvrier plombier. M. X..., sans cesse poursuivi par l'idée que des *mouchards* le surveillent, ayant cru s'apercevoir qu'*on* le regardait d'une manière louche, était en proie à une colère qu'il avait peine à contenir. En passant près de l'ouvrier (qu'il n'avait jamais vu), il crut entendre un coup de sifflet ; c'était

©BIUM

un « *signal* ». Furieux, il se précipite sur l'ouvrier et le frappe brutalement. »

C'est à la suite de ce fait qu'il fut arrêté, reconnu aliéné, et placé à Charenton.

D'une constitution extrêmement malingre et chétive, pâle, anémié, M. X... paraît avoir au plus quinze à dix-huit ans (en réalité, il en a vingt-six), tant il est peu développé. Les cheveux sont blonds — il n'a presque pas de barbe ; — la voix est flûtée ; tout chez lui a une apparence féminine.

D'après ce qui précède, on peut imaginer ce que fut le malade pendant le temps qu'il passa dans mon service. Les mêmes hallucinations, les mêmes illusions, ne cessèrent de le tourmenter. Non seulement, il se croyait suivi par des *mouchards* chargés de rendre compte de tous ses actes ; mais il prétendait qu'on avait monté dans sa chambre des machines électriques, à l'aide desquelles on agissait sur lui à distance. Déjà, dans l'appartement de sa mère, il avait, à plusieurs reprises, démonté sa bibliothèque, brisé son fauteuil, déchiré ses livres, pour y découvrir les fils électriques au moyen desquels on le *travaillait*. Nous eûmes de grandes difficultés pour le nourrir ; les aliments étaient empoisonnés ; on y mettait des drogues, l'eau et le vin étaient infectés. Il ne voulait manger que les aliments que lui apportait sa mère, et bien souvent encore ces aliments eux-mêmes étaient remplis de poison.

Dans les premiers temps, M. X... faisait de fréquentes promenades au dehors ; quelquefois même, je lui permis d'aller déjeuner chez sa mère ; mais il renonça lui-même à ces distractions, parce que, disait-il, on ne cessait de l'*espionner*, dès qu'il était sorti de la maison. Un jour même, dans une de ses sorties, il se sauva de chez sa mère sans dire où il allait, la laissant dans une mortelle inquiétude : il alla simplement passer la soirée à l'Opéra-Comique, et, vers minuit, il rentra tranquillement.

On voit que pendant tout ce temps, la maladie avait suivi sa marche naturelle. Vers le mois d'octobre 1885, l'agitation devint plus intense, plus continue, et un nouveau symptôme apparut : les idées de grandeur. Brusquement, M. X... déclara à sa mère qu'il était bien convaincu qu'elle ne lui était rien, qu'il était « *le petit-fils de Louis XVIII* », et qu'il était destiné au trône de France. Ce nouveau délire s'accompagna d'une période d'excitation très violente : il ne voulut plus voir sa mère, se répandait en récriminations contre son entourage, faisait des

©BIUM

menaces. Le 16 et le 17 novembre il avait été plus excité que de coutume, et j'avais dû le faire surveiller d'une manière toute spéciale. Le 18, au contraire, il se montra calme, souriant, me dit qu'il était rassuré et qu'il se sentait beaucoup mieux. La journée se passa sans incidents. Le soir il dîna dans sa chambre, de fort bon appétit, lut jusqu'à huit heures, puis se coucha tranquillement. Son domestique le quitta à ce moment pour quelques instants ; son absence ne dura certainement pas cinq minutes ; quand il revint, il trouva X... accroché à la fenêtre de sa chambre, au moyen des cordons du rideau, qu'il s'était enroulés autour du cou. Il respirait encore. Pendant plus d'une heure, aidé de M. Dumas, interne du service, je fis tout ce qu'il est possible de faire pour le rappeler à la vie. Vains efforts : la mort arriva vers neuf heures, sans que X... eût repris connaissance un seul instant.

On ne trouvera assurément pas une observation de délire de persécutions plus typique que celle-ci. Quant au suicide, je ne pense pas qu'il ait été le moins du monde prémédité. X... a dû céder à une impulsion soudaine, irrésistible, survenue dans cette période intermédiaire entre la veille et le sommeil, — si favorable aux troubles de l'esprit.

Ce qui me confirme dans cette opinion, c'est que, pendant les vingt mois que je l'ai observé, X... n'a jamais fait aucune tentative de ce genre. Et cependant les occasions ne lui auraient pas manqué, car il se promenait fréquemment au dehors avec son seul domestique, et, quand il allait chez sa mère, il lui eût été bien facile de tromper la surveillance qu'on exerçait sur lui.

Autre fait encore bien singulier : le malade se tue au moment même où son délire se modifie et se transforme en délire des grandeurs !

Le troisième suicide n'est pas d'un persécuté comparable avec ceux dont je viens de rapporter l'histoire. Le malade est un lypémaniaque qui s'accuse d'un crime imaginaire, et consécutivement a quelques idées de persécution, mais celles-ci ne sont qu'accessoires. Aussi son

©BIUM

observation n'a-t-elle pas à figurer ici. Je la résume brièvement dans une note (1).

Par contre, j'ajouterai à mes deux observations la suivante, que m'a communiquée un laborieux observateur, bien connu des lecteurs des *Annales*, M. Mabille.

OBSERVATION III. — *Un aliéné persécuté homicide et suicide.*

R..., âgé de vingt-six ans, typographe et clerc de notaire, entre à l'asile de Lafond le 30 avril 1883, inculpé d'homicide, et venant de la prison de Jonzac, en vertu d'une ordonnance de non-lieu et d'un rapport concluant à l'irresponsabilité par MM. les Drs Barbot et Fichot, de Jonzac. C'est un homme brun, maigre, à regard soupçonneux, un peu hautain. On ne rencontre chez lui aucun signe d'alcoolisme ni de syphilis.

Quand on lui demande pourquoi il a tué X..., il répond : « C'est parce que je ne pouvais endurer les épreuves qu'on me « faisait souffrir depuis longtemps, et je pensais mettre un « terme aux souffrances physiques et morales auxquelles je « suis en proie. »

« D. Quelles sont ces souffrances?

« R. Vous le *savez bien*, messieurs. Ce sont des *feux* qui « siègent tantôt dans la jambe, tantôt dans les mains et qui « me remontent à la tête; c'est une sorte de chaleur animale « qui m'est communiquée. Le soir où j'ai tué X..., je sentis « qu'il me communiquait un *feu* si intense que je passai à

(1) P..., trente-huit ans, marié, père de famille, ancien négociant, entre en novembre 1884, venant d'une maison de santé où il avait déjà fait un long séjour — Mère aliénée. — On n'a pu attribuer aucune cause spéciale au délire qui a débuté il y a environ deux ans. P... est triste, préoccupé; il s'accuse d'un grand crime, « il s'est servi de sa femme comme d'une fille »; « il mérite la mort, il est un misérable ». Je n'ai jamais pu savoir ce qu'il voulait dire par là. — Hallucinations de l'ouïe : tous ceux qui passaient à côté de lui l'appelaient « *sale bête!* » Il se plaignait qu'on mît de la *m...* dans ses aliments; mais il ajoutait aussitôt : « *c'est assez bon pour moi.* » Il s'étrangla une nuit à l'aide de sa cravate (mai 1885). — On voit qu'ici le fond du délire c'est l'idée que P... se fait de son indignité ; le délire ne vient pas exclusivement du dehors comme chez le persécuté vrai ; ce n'est qu'accessoirement qu'il y a quelques idées de persécution.

©BIUM

« plusieurs reprises la main sur ma jambe gauche pour le « chasser. Ne pouvant plus y tenir, je me levai et sortis, « pensant que l'air frais du dehors me soulagerait ; mais ces « *feux* s'emparèrent de ma main droite. A ce moment, je ren- « trai, tirai mon revolver et le déchargeai sur X... à bout « portant ».

« Ensuite je *tirai sur moi-même;* mais, vous comprenez que « la main tremble quand on vient de tuer un homme, et c'est « pour cela que je me suis manqué. Si on ne m'avait pas aus- « sitôt désarmé, *je ne serais pas ici* ».

R... se croit l'objet de persécutions de la part de la franc-maçonnerie, qui le pousse à des actes réitérés de masturbation ; on étudie sur lui l'atténuation des virus pour le rendre enragé, ou bien par le fluide on veut le transformer en grenouille. Ces persécutions durent depuis longtemps, et c'est pour y mettre fin qu'il a tué celui qui, selon lui, dirigeait ces manœuvres, le malheureux X...

A plusieurs reprises, M. Mabille signala à l'autorité préfectorale les tendances homicides et suicides de cet aliéné et demanda son transfèrement à la sûreté de Bicêtre. Il ne fut donné aucune suite à ces démarches, et quelques mois après, le 8 novembre, R... fut trouvé, à une ronde de nuit, pendu dans sa cellule.

R... était un héréditaire : sa mère est très exaltée ; un oncle maternel est enfermé à l'asile de Cadillac ; lui-même a toujours été très sobre.

Chez ce malade, l'homicide et le suicide ont certes été prémédités, et il rentre assez bien dans la catégorie de ceux qui raisonnent, comme l'a dit Legrand du Saulle. Dans les observations I et II les choses se sont passées différemment : ce qui, pour le dire en passant, prouve bien qu'il y a différentes manières de raisonner chez les persécutés.

Pour terminer, je rappellerai encore le fait d'un persécuté, à Charenton depuis 1875, qui, en 1879, se précipita un jour, d'une façon tout à fait soudaine, la tête en avant, contre le montant en pierre de la porte de sa division. Il se fit une affreuse blessure au cuir chevelu ;

©BIUM

le crâne heureusement avait résisté ; il guérit très facilement. Depuis cette époque le malade n'a cessé d'être un des malades les plus difficiles de mon service : « tout « le monde se moque de lui, on l'appelle *Pantoufflard*, « on lui envoie des idées obscènes, on enfume sa chambre, on salit son linge, on met du mercure dans ses « aliments, afin de lui abîmer les dents (qu'il a fort « mauvaises), etc... » Mais chose curieuse, il n'a plus jamais renouvelé sa tentative, et malgré la surveillance dont on l'entoure, l'occasion ne lui eût pas manqué. M. A... est, lui aussi, un héréditaire : son frère est dans un asile à l'étranger.

A... me paraît, lui aussi, avoir cédé à une impulsion soudaine, non réfléchie. Jamais, dans nos fréquentes conversations, je ne lui ai entendu dire que la vie lui fût à charge.

Je m'arrête ici, ne voulant pas chercher d'autres exemples. J'ai tenu simplement à démontrer que le suicide est une des éventualités qui se présentent chez les persécutés, qu'il n'est même pas très rare. C'est une erreur, à mon sens, que d'affirmer le contraire.

©BIUM

ALIÉNATION MENTALE

ET MUTISME HYSTÉRIQUE

Par M. le Dr BOUCHAUD

Médecin en chef de l'asile de Lommelet, près Lille,
ancien interne des hôpitaux de Paris.

La perte de la parole est une manifestation assez fréquente de l'hystérie. Elle est signalée sous le nom de *Mutisme hystérique,* dans les livres consacrés à cette maladie, mais elle n'avait jusqu'ici que très insuffisamment fixé l'attention et elle n'était que très incomplètement décrite.

M. Charcot, à qui il a été donné d'en observer plusieurs cas, a fait une étude approfondie de ce syndrome et il est parvenu à déterminer les caractères essentiels « qui le distinguent et en font un groupe clinique vraiment autonome, original, reconnaissable entre tous (1) ».

A l'aide de ces caractères il a montré, qu'il est facile de distinguer ce mutisme de celui qu'on observe soit dans l'aphasie motrice d'origine organique, soit à la suite de lésions bulbaires.

Le diagnostic ne serait pas moins facile dans certaines circonstances où le malade peut avoir intérêt à simuler, dans l'armée par exemple, ou encore chez les individus en prévention judiciaire ; et un cas qu'il rapporte à ce sujet en est une preuve convaincante.

Comme l'intégrité de l'intelligence est un des principaux signes qui caractérisent ce mutisme, on pourrait

(1) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, 1887, p. 424.

©BIUM

être tenté de croire qu'il ne peut être confondu avec celui qu'on rencontre dans l'aliénation mentale, on s'explique ainsi que, dans ses leçons, M. Charcot n'ait fait aucune mention du mutisme vésanique. C'est là une lacune à combler, ce nous semble.

Le mutisme est, en effet, un symptôme fréquent dans certaines formes de folie. On le rencontre chez les hallucinés, chez les mélancoliques, surtout dans le cas de stupeur. Il peut même parfois être purement volontaire et alors il n'est pas toujours possible à l'observateur de reconnaître la nature de la conception délirante qui décide l'aliéné à se condamner au silence absolu.

On conçoit donc que, dans certaines circonstances, il puisse être difficile de reconnaître si un sujet est atteint de mutisme hystérique ou de mutisme vésanique.

Si on n'a pas eu l'occasion de rencontrer de pareils faits, cela tient en partie à la rareté, au moins apparente, du mutisme hystérique et à l'impossibilité où l'on était de le distinguer des autres variétés.

M. Cartaz, en effet, qui, dans un mémoire très intéressant (1), a fait connaître la substance des leçons faites à la Salpêtrière et qui a analysé tous les faits qu'il a pu recueillir dans les auteurs, n'a pu réunir qu'une vingtaine d'observations.

Mais sur ces vingt cas, six appartiennent à M. Charcot ; il est donc évident que la fréquence de ce syndrome est plus grande qu'on ne le suppose, et il est, en outre, permis de croire que l'attention une fois éveillée sur ce sujet, le nombre des cas bien observés permettra, en se multipliant, de découvrir de nouveaux rapports et de séparer des faits confusément réunis.

(1) *Du Mutisme hystérique ;* d'après les leçons de M. Charcot, par M. Cartaz. In *Progrès médical*, 1886.

©BIUM

Le fait suivant nous paraît confirmer cette manière de voir.

Il nous montre que le mutisme hystérique peut être confondu avec le mutisme vésanique et de plus que l'erreur, qui n'est peut-être pas impossible dans certains cas, pourra cependant être évitée à peu près constamment, grâce aux études récentes qui ont permis à M. Charcot d'isoler la caractéristique de ce syndrome.

Observ. — H... (Louis), né en février 1861, cordonnier, est admis d'office à l'asile de Lommelet, le 29 mars 1886.

Il vient par transfèrement d'un autre asile et le certificat médical qui l'accompagne est ainsi conçu : En traitement depuis le 3 septembre 1885, est atteint de lypémanie avec hallucinations très fréquentes de l'ouïe et peut-être de la vue. Il se renferme dans un mutisme à peu près complet, je ne puis donc connaître la nature exacte de ses hallucinations, mais à en juger par la physionomie, elles doivent être de nature triste. Malgré, le traitement il reste dans un état stationnaire; l'affection dont il est atteint tend à passer à l'état chronique.

En présence d'un certificat qui attestait l'existence de troubles cérébraux et d'un mutisme qui ne nous permettait pas de juger de l'état mental du sujet, il nous fallut suspendre notre diagnostic et tenir le malade en observation.

Peu après son entrée, H... nous adressa un billet écrit au crayon, où il se plaignait de douleurs vagues qu'il attribuait aux drogues qu'on lui avait administrées à l'hôpital du Havre.

Cet écrit assez mal conçu, peu correct, nous fit croire un instant à des conceptions delirantes. Mais un examen suivi et plus complet nous permit bientôt d'obtenir des réponses précises et nous apprit que les douleurs éprouvées étaient réelles et que le malade les attribuait aux médicaments qui lui avaient été administrés à l'hôpital, dans le but probable de lui procurer du sommeil et du calme, alors qu'il était très excité et ne prenait aucun repos.

H... est complètement muet, mais il est capable d'écrire et, si son instruction élémentaire ne lui permet pas de s'exprimer correctement et de nous faire l'histoire de sa vie passée, il peut au moins se faire comprendre assez facilement à l'aide de l'é-

©BIUM

criture et nous donner ainsi des réponses satisfaisantes aux questions que nous lui posons. Nous sommes arrivé de cette manière à obtenir les renseignements suivants.

Son père est mort en 1868, par suite d'une attaque d'apoplexie, en l'espace d'un jour ou deux. Il ne s'adonnait pas à la boisson.

Sa mère vit encore et se porte bien; elle ne paraît pas avoir d'affection nerveuse.

Il a deux frères et une sœur; il n'y a pas eu d'autres enfants dans la famille : son frère aîné, âgé de vingt-sept ans, ouvrier occupé à faire des bateaux, commet fréquemment des excès alcooliques. L'autre frère, qui est âgé de vingt-deux ans et clerc de notaire, est d'un caractère très vif, emporté et d'humeur assez difficile. Sa sœur qui a vingt-trois ans est calme.

Un cousin du côté paternel, âgé actuellement de 41 ans, en traitement à l'asile de Lommelet depuis 1869, est entièrement dément. Un autre cousin du côté de la mère a eu des convulsions dans son enfance.

H... s'est adonné à la boisson depuis l'âge de douze à treize ans.

Il est bien conformé, d'une taille peu élevée, vif, très agile, espiègle et malicieux. Par moments, dit-il, il se sent irritable, emporté. Avant d'être soldat, à l'âge de dix-sept et dix-huit ans, il a eu deux crises de nerfs; à la suite de discussions un peu vives avec ses camarades, il fut pris de colère et se mit à trembler de tout le corps, puis il devint entièrement raide, sans tomber, ni perdre connaissance. La durée de ces crises fut de quelques minutes seulement.

Il a été soldat pendant trois ans, de 1882 à 1885. Pendant ce temps il travaillait de son état de cordonnier, et comme il était bon ouvrier, il gagnait de 5 à 10, 15 et même 18 francs par semaine. Tout cet argent était dépensé à faire des excès; il s'enivrait environ tous les huit ou quinze jours. En outre il prenait habituellement le matin, soit de l'eau-de-vie, soit du trois-six ou de l'absinthe.

A la suite d'une de ces orgies, au Havre, en mai 1885, ayant passé la nuit dehors, couché sur le pavé, il perdit la raison et fut ainsi conduit à l'hôpital.

Il eut alors plusieurs crises de nerfs, sans cependant perdre complètement connaissance.

Il fut surtout tourmenté par de nombreuses hallucinations de la vue. Il croyait avoir tué deux personnes et il voyait le

©BIUM

sang de ses victimes, les autorités qui allaient le juger, etc... Il voyait aussi des animaux, des bêtes féroces...

La durée de cet état fut de plusieurs mois.

Une fois pendant la nuit il quitta son lit et se rendit, entièrement nu, dans la cour de l'hôpital; il était saisi de frayeur, croyant que la mer était au-dessous des bâtiments où il était logé et qu'il allait être englouti.

Pendant ce temps, il s'aperçut qu'il parlait difficilement, il commençait un mot et ne pouvait l'achever. Il perdit ainsi graduellement la parole et il finit par être incapable de rien dire.

C'est dans cet état qu'il fut conduit dans un asile d'aliénés, le 3 septembre 1885. Il avait encore des hallucinations, il voyait des animaux, des juges, etc., et il était complètement muet.

Ce ne fut que un ou deux mois après son entrée à l'asile qu'il sentit s'opérer en lui une certaine amélioration; les hallucinations commencèrent à se dissiper graduellement, le calme se rétablit peu à peu dans son intelligence et bientôt il s'aperçut que tout délire avait disparu, son mutisme seul ne subit aucun changement, mais il était dès lors tel qu'au moment où il nous fut donné de le voir.

Le médecin de l'asile croyant sans doute à un mutisme simulé, fit coucher pendant longtemps un gardien près du malade, pour le surveiller pendant la nuit et voir si dans un sommeil incomplet, on pourrait surprendre quelques paroles. On n'obtint aucun résultat.

C'est dans ces conditions qu'il fut transféré à l'asile de Lommelet.

Depuis l'époque de son entrée nous n'avons constaté aucun changement dans son attitude; il s'est toujours montré ce qu'il est actuellement.

Dès le début il fut placé à l'atelier où il a pu travailler de son état de cordonnier et l'on a toujours trouvé en lui un ouvrier intelligent, très habile et assidu.

De temps à autre cependant, désirant partir et voyant qu'on ne lui accordait pas sa sortie, il lui est arrivé de refuser tout travail; mais bientôt ennuyé de ne rien faire, il revenait à de meilleurs sentiments et reprenait son ouvrage.

Sa conduite a été régulière et ses actes sensés, quoique se montrant toujours espiègle et plein de malice. On n'a rien

©BIUM

remarqué qui pût indiquer l'existence d'hallucinations ou d'autres troubles intellectuels.

Lui-même affirme que longtemps avant de venir ici, il avait l'esprit lucide et que tous les troubles cérébraux se sont dissipés peu après son entrée dans le premier asile.

Ce qui frappe immédiatement dans l'état de H... c'est son mutisme complet, absolu. Il ne prononce aucun mot, pas même une syllabe ; il est même incapable d'émettre un son ; il ne fait aucun effort pour cela et refuse d'essayer quand on le lui commande.

Non seulement il ne parle pas à haute voix, mais il ne chuchote même pas, c'est-à-dire qu'il ne prononce aucune parole à voix basse.

Ce mutisme n'est pas l'effet d'une paralysie des organes de la parole ; il remue très bien les lèvres, la langue, le voile du palais, etc.

Il peut faire un effort et souffler ; mais il n'est plus capable de siffler, ce qu'il savait pourtant faire autrefois ; il dispose convenablement ses lèvres pour cela, mais il ne produit qu'un léger bruit quand l'air est chassé avec force. Il comprend très bien ce qu'on lui dit et il lit parfaitement ce qui est écrit.

Il fait quelques gestes pour exprimer sa pensée et ses désirs ; mais il s'empresse surtout, pour répondre aux questions et dire ce qu'il veut, de prendre son crayon et d'écrire sur son carnet ou sur du papier, dont il a soin de se munir.

En présence de ces symptômes qui sont ceux du mutisme hystérique, nous avons recherché les caractères de la grande névrose et nous n'en avons pas trouvés de très nets.

Depuis son entrée, il n'a jamais eu d'attaque d'aucune sorte ; les sens de l'ouïe, du goût, de l'odorat paraissent intacts ; la vision elle-même paraît normale, il distingue les couleurs, le champ visuel ne semble pas rétréci, mais il voit mal de loin, ce qu'il attribue à une myopie de date ancienne.

La sensibilité générale est un peu modifiée ; il ne présente pas de points hystérogènes, mais si on lui ferme les yeux, on constate qu'il ne sent plus un léger contact, ni à droite ni à gauche.

La sensibilité à la douleur est aussi en grande partie éteinte ; la piqûre d'une épingle ne provoque pas une grande douleur, surtout aux membres, des deux côtés. Il y a lieu de se demander si cette anesthésie est le fait de l'alcoolisme ou d'un état hystérique.

©BIUM

On peut toucher avec un crayon ou le doigt le voile du palais ou la base de la langue, sans provoquer de mouvements réflexes ; mais si on pénètre plus profondément, on fait naître des nausées.

On ne parvient pas à déterminer l'apparition de contractures en appliquant une bande électrique autour du bras.

Interrogé pour savoir s'il a des rêves et quelle en est la nature, s'il parle en rêvant, il répond qu'il n'a jamais beaucoup rêvé et que depuis qu'il est malade, il ne rêve plus du tout. Il se plaint d'avoir quelques douleurs qui apparaissent à certains moments et durent peu ; ce sont des élancements qui n'occupent que la partie inférieure du tronc et les membres inférieurs. Le réflexe rotulien est normal.

Comme traitement nous avons d'abord tenté d'hypnotiser le malade et d'agir par suggestion ; mais nous n'avons obtenu ainsi aucun succès.

Nous avons eu recours ensuite aux courants électriques, appliqués au niveau du larynx et sur le crâne, et nous n'avons pas mieux réussi. Enfin des douches ont été administrées sans plus de succès.

Si on compare les symptômes que nous venons de décrire avec ceux qui ont été signalés dans le mutisme hystérique, il est facile de voir que l'analogie est complète.

On pourra s'en convaincre par l'exposé suivant, où nous résumons les conclusions qui terminent le travail de M. Cartaz (*loc. cit.*). Ce résumé un peu étendu donnera une idée précise des caractères du mutisme hystérique, dont la connaissance n'est pas encore très répandue :

A peu de chose près, tous les cas connus de mutisme (vingt cas), sont identiques et présentent les caractères principaux suivants : Début soudain, impossibilité de crier et de parler, conservation parfaite de l'intelligence, retour de la parole avec bégaiement spécial pendant un certain temps.

1° Le début est en général soudain ; à la suite d'une frayeur, d'une émotion quelconque, le malade est privé

©BIUM

de la parole ; quelquefois cependant, l'aphonie existait depuis un certain temps avant la perte de la parole et dans un cas, il est dit que la phonation allait peu à peu en diminuant avant de se suspendre tout à fait.

C'est souvent après une attaque d'hystérie que l'on constate, avec ou sans autre paralysie, le mutisme absolu. D'autres fois, la perte de la parole arrive subitement sans cause accidentelle appréciable.

2° Le malade est dans l'impossibilité de crier, d'émettre un son : il est aphone ; mais il est aussi aphasique, car il ne peut articuler les mots à voix basse.

Les paralysies hystériques du larynx sont très fréquentes ; elles surviennent subitement et, suivant les muscles atteints, suivant le degré de paralysie, l'aphonie est plus ou moins complète. Il y a extinction ou raucité de la voix, impossibilité de parler à voix haute ; mais la voix chuchotée persiste. Le malade peut se faire comprendre par la parole à voix basse ; il n'est pas aphasique. Il est en effet démontré que dans le chuchotement, dans la parole à voix basse, le larynx n'intervient pas, les cordes vocales n'entrent pas en vibration.

Dans le mutisme hystérique, au contraire, nous trouvons en même temps de l'aphonie et de l'aphasie motrice ; cette manifestation nerveuse est de nature psychique, centrale ; ce qui le prouve, c'est que les muscles du larynx ne sont pas toujours frappés d'impotence, et quand ils le sont dans une mesure plus ou moins prononcée, le trouble fonctionnel qui résulte de cette parésie ou paralysie ne peut donner l'explication de l'ensemble du phénomène.

3° L'intelligence est absolument conservée : sitôt qu'on l'interroge, et c'est là un signe bien caractéristique, le malade, conscient de son incapacité, ne cherche pas à répéter le mot, à essayer une articulation impossible ; il saisit rapidement la plume, un crayon, et rédige

©BIUM

par écrit, à la demande, les réponses toujours très nettes, très précises.

Cette forme d'aphasie ne ressemble en rien aux aphasies de cause organique. Dans ce dernier cas, nous voyons le malade faire un effort pour saisir et répéter le mot, le balbutier d'une façon inintelligible, ou répondre par un autre mot ou un mot invariable. Ici, rien de semblable, il n'y a ni cécité verbale, ni surdité verbale, l'intelligence est intacte. La réponse suit immédiatement la demande si le sujet sait écrire. A la période de retour de la parole, quand l'aphonie est moins complète, la diffférence s'accuse moins nettement.

Le malade a quelquefois du mal à prononcer le mot parce qu'il bégaye ; mais il l'écrit avec correction. Dans certains cas d'aphasie, due à une lésion organique, on peut observer cette dissociation : abolition de la parole, conservation de l'écriture. Mais elle n'existe jamais d'une façon aussi tranchée et avec cette vivacité de l'intelligence que nous constatons chez l'hystérique.

4° Le retour de la parole est également subit dans la plupart des cas ; cependant il ne se fait pas habituellement ad integrum dès le premier moment. Il y a pendant un certain temps, qui peut varier de quelques jours à des semaines, du bégaiement, une certaine hésitation de la parole.

On observe en même temps ou on relève dans les antécédents d'autres manifestations de l'hystérie. Souvent le malade présente de l'anesthésie, des zones hystérogènes ; l'un avait des vomissements, un autre de la surdité ; cet ensemble symptomatique vient confirmer le diagnostic. L'hémiplégie, qui est survenue chez quelques malades en même temps que l'aphasie, pourrait embarrasser dans certains cas ; mais on n'observera pas chez l'hystérique de déviation de la bouche, de la langue, ni de paralysie faciale.

©BIUM

Il est facile de reproduire par la suggestion hypnotique le mutisme hystérique. Pendant la période de somnambulisme on fait causer une malade; puis baissant la voix on lui dit: *Je n'entends pas... tu dis... mais tu ne peux donc plus parler...* Et au bout d'un instant la malade est aphasique et aphone, ne pouvant ni crier, ni parler, s'impatientant de ne pouvoir répondre aux questions; si elle sait écrire, elle s'empare d'un morceau de papier et y trace quelques lignes qui font comprendre sa pensée: « *Je ne peux pas parler*, » écrit-elle, « *vous le voyez bien* ». C'est la représentation exacte des troubles observés chez nos malades.

On voit, par cette description abrégée, que les principaux caractères du mutisme hystérique se trouvent reproduits chez notre malade.

C'est à peine s'il existe quelques différences peu importantes qu'il est bon cependant de signaler.

Le début n'a pas été soudain, ainsi que cela est noté dans la plupart des cas. Le mutisme n'est survenu que graduellement; le malade ayant commencé par ne pouvoir terminer ses mots avant de perdre définitivement la parole.

L'affection n'a été provoquée ni par une émotion, ni par aucune des autres causes signalées; elle est survenue dans le cours d'une intoxication alcoolique à laquelle elle a survécu et elle a coexisté d'abord avec des troubles intellectuels, des hallucinations surtout. Ce sont là des conditions qui n'ont pas encore été observées et dont il n'est pas fait mention dans le travail de M. Cartaz.

Ajoutons que notre malade est incapable de siffler, contrairement à l'opinion de M. Charcot, pour qui il est constant que le malade peut siffler et souffler, quoique aphone.

Nous avons noté l'absence de rêves depuis le début

©BIUM

de l'affection ; c'est là une circonstance qui n'a pas encore été recherchée ; on ne peut savoir par conséquent si c'est un phénomène fréquent ou rare.

En somme, bien que le mutisme ait apparu dans des circonstances spéciales, comme il est *impossible* au malade *d'articuler un mot même à voix basse,* et *d'imiter les mouvements d'articulation qu'il voit faire devant lui,* comme il est en outre *aphone* et qu'il a *conservé toute son intelligence,* il est évident qu'il est atteint de *mutisme hystérique.* Mais est-il réellement hystérique?

Les stigmates indiqués par M. Charcot font défaut pour la plupart. Nous n'avons constaté ni crises nerveuses, ni troubles sensoriels, ni points hystérogènes, ni diathèse de contracture.

Cependant le malade dit avoir eu des crises, que l'on peut considérer comme hystériformes, vers l'âge de dix-huit ans, et il reconnaît avoir un tempérament nerveux et très impressionnable.

On constate une diminution notable de la sensibilité au pharynx et surtout à la surface de la peau des membres, anesthésie qui pourrait bien n'être pas due à l'alcoolisme.

Enfin, on trouve dans la famille des indices de maladies du système nerveux ; il y a en particulier un cousin qui est à l'asile de Lommelet depuis près de vingt ans.

On peut donc considérer H... comme un névropathe héréditaire. Mais, d'après M. Charcot, le mutisme hystérique bien caractérisé peut être le seul signe de l'hystérie. Si l'affection hystérique, dit-il, se montre le plus souvent polymorphe, elle peut se trouver par contre réduite à un seul élément symptomatique. Il en est ainsi du syndrome mutisme hystérique ; il se montre quelquefois parfaitement isolé, seul témoin de la maladie.

Ainsi à l'aide de caractères qu'a fait connaître le pro-

©BIUM

fesseur de la Salpêtrière, le diagnostic du mutisme hystérique n'est plus une difficulté.

Il a été facile chez H..., au moment où il a été admis à l'asile de Lommelet, alors qu'il était simplement muet et que les autres troubles intellectuels avaient disparu ; mais il devait en être tout autrement à l'époque où il fut interné avant de nous être amené. Il était alors véritablement aliéné en même temps que muet, et on comprend que le diagnostic porté à cette époque ait été maintenu jusqu'au moment de son départ.

Cela se conçoit d'autant mieux que les caractères du mutisme hystérique n'étaient pas alors généralement connus. Le malade a donc pu nous être adressé comme aliéné, alors qu'il était simplement muet.

Ce qui pouvait porter à croire à un mutisme volontaire, c'est que le malade ne faisait aucun effort pour parler et semblait ainsi se taire par un effet de sa volonté.

Une raison toutefois devait éloigner toute idée de simulation, c'est qu'il avait l'ardent désir de parler et il savait que s'il recouvrait l'usage de la parole son départ aurait lieu immédiatement. Il importe de faire remarquer que s'il nous a été facile de reconnaître l'état mental de H..., c'est qu'il a pu à l'aide de l'écriture nous communiquer sa pensée et nous révéler l'intégrité de son intelligence. La conservation de la faculté d'écrire est donc un signe précieux.

Mais ce moyen de diagnostic doit nécessairement faire défaut chez ceux qui ne savent ni lire, ni écrire, et il doit être bien plus difficile alors de se rendre compte de l'état mental du sujet ; peut-être même pourrait-on hésiter à se prononcer dans certains cas sur l'absence de troubles intellectuels. Nous croyons néanmoins que le malade, à l'aide de la mimique et surtout par sa con-

©BIUM

duite, qui sera celle d'un homme sensé et ne présentera rien d'anormal, pourra montrer qu'il est sain d'esprit; il sera donc encore possible, à peu près constamment, d'arriver à découvrir la nature réelle de l'affection, si on constate en même temps les caractères propres au mutisme hystérique.

La nature de la maladie de H... étant connue et étant prouvé qu'il n'existait plus en lui de troubles intellectuels, la question de la mise en liberté se posait naturellement.

Il n'a été cependant rendu à sa famille que vers la fin du mois d'avril ; si nous l'avons ainsi retenu un certain temps, c'est que nous avions l'espoir d'obtenir la guérison d'une affection qui disparaît parfois spontanément, mais qui peut aussi céder à quelques-uns des moyens dont nous avons fait usage et auxquels il a résisté. Un séjour prolongé dans l'asile ne pouvait d'ailleurs qu'être utile à un malade qui avait commis de nombreux excès alcooliques et dont la passion était, on a pu s'en apercevoir, invétérée.

©BIUM

DE LA
SURACTIVITÉ INTELLECTUELLE
SANS DÉLIRE NI DÉMENCE
DANS LA PÉRIODE PRODROMIQUE
DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE

Par M. le Dr Victor PARANT
Directeur-médecin de la Maison de santé de Toulouse.

(*Suite et fin.*)

Comme nous l'avons indiqué en commençant, les auteurs n'ont point, en général, donné toute l'attention qu'elles méritent aux manifestations intellectuelles analogues à celles que nos malades ont présentées

Le dernier mémoire qui, à notre connaissance, ait été publié sur ce sujet, est dû à M. le Dr E. Régis, et traite *de la Dynamie ou Exaltation fonctionnelle au début de la paralysie générale* (1). Il embrasse un ensemble de phénomènes beaucoup plus étendu que celui que nous envisageons nous-même, puisqu'il s'occupe, non seulement de l'exaltation des fonctions intellectuelles, mais aussi de l'exaltation de toutes les autres fonctions. Mais si le tableau d'ensemble y est complet, les détails sont seulement esquissés. Nous pouvons donc y ajouter quelques traits, notamment, sur la manière dont a été étudié jusqu'ici le sujet qui nous occupe.

Bien que l'exaltation d'esprit au début de la para-

(1) *Annales médico-psychologiques*, juillet et septembre 1879.

©BIUM

lysie générale progressive ait été signalée à maintes reprises, il est à remarquer néanmoins que quelques-unes des descriptions les plus récentes et les plus complètes de la maladie n'en font qu'une mention très brève, ou même la passent tout à fait sous silence. La plupart des auteurs s'arrêtent à l'exaltation qui survient alors que la maladie est confirmée ; ils négligent celle qui en a marqué le point de départ. Telles sont les descriptions données par Marcé (1), Dagonet (2), A. Foville (3), Bucknill et Hack Tuke (4), Luys (5) et par M. E. Régis lui-même (6) dans son *Manuel de médecine mentale.*

Ces auteurs se bornent à mentionner, d'une manière générale, les modifications observées dans le caractère, dans les goûts, dans les affections des malades. M. E. Régis, ne tenant pas un compte suffisant de l'excellent mémoire qu'il avait antérieurement publié, n'ajoute qu'un trait à ces modifications, c'est que « quelques malades se passionnent pour leurs travaux ». M. Dagonet semble accentuer plus que les autres la tendance à l'affaiblissement et au désordre qui, dès le principe, se produit chez les individus en puissance de paralysie générale progressive.

D'autres auteurs ont insisté plus ou moins sur les particularités qui nous occupent ; il convient de citer notamment M. Jules Falret, MM. Christian et Ritti et M. Ball.

Personne n'a dépeint la suractivité intellectuelle au

(1) Marcé. — *Traité pratique des maladies mentales,* 1862.
(2) Dagonet. — *Nouveau traité des maladies mentales,* 1876.
(3) Foville. — Art. *Paralysie générale, Nouveau dictionnaire de méd. et chirurg. pratiques.*
(4) Bucknill et Hack Tuke, *A manual of psychological medicine,* 4e éd. 1879.
(5) Luys. — *Traité des maladies mentales,* 1881.
(6) E. Régis. — *Manuel pratique de médecine mentale,* 1885.

©BIUM

début de la paralysie générale progressive, mieux que ne l'a fait M. J. Falret dans le discours admirablement clinique qu'il prononça devant la Société médico-psychologique, au début de la discussion sur la folie raisonnante. Il a montré ces malades qui acquièrent alors des aptitudes qu'on ne leur connaissait pas ; dont la mémoire, les conceptions, l'intelligence en général sont à la fois plus actives et plus fécondes, qui se signalent par des inventions et des ressources d'esprit dont ils n'auraient pas été capables avant leur maladie. Mais, mettant une ombre au tableau, M. Falret ajoute que dès ce moment les signes de démence s'observent toujours, et qu'il est facile de les reconnaître avec un examen attentif (1).

MM. Christian et Ritti, après avoir rappelé le mémoire de M. E. Régis, dont ils transcrivent les principaux traits, ajoutent cependant une restriction qui semble, dans leur pensée, enlever à leur citation la plus grande partie de son importance. Ils disent que « toutefois, même dans cette suractivité intellectuelle, on « constate l'affaiblissement irrémédiable de l'intelligence » (2). Et de l'ensemble de leur description, on est en droit d'admettre que, comme M. Dagonet, ils sont disposés à voir l'affaiblissement intellectuel dans toutes les manifestations psychiques de la maladie.

M. Ball envisage les choses d'une façon plus expresse et plus nette. Il dit : « Quelques malades, au « début de l'affection, montrent des aptitudes imprévues, des ressources d'imagination et d'esprit dont « on ne les aurait jamais crus capables ; on a vu des « savants, des artistes, dans ces conditions de suracti-

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1866, tome VII. *Comptes rendus de la Société médico-phychologique*, séance du 8 janvier 1886.

(2) Christian et Ritti. — Article *Paralysie générale*, du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, page 747.

©BIUM

vité pathologique, inventer des procédés nouveaux, « des combinaisons nouvelles ; on a vu des hommes « d'affaires s'enrichir *d'un coup*, dans des spéculations « aussi ingénieuses que téméraires. Mais tout cela n'est « qu'un éclair..... (1). »

M. A. Voisin, qui a si minutieusement et si soigneusement examiné l'un après l'autre tous les détails de la paralysie générale, s'en tient au sentiment de la majorité des auteurs. Après avoir rappelé les modifications de caractère qui surviennent dans les prodromes de la maladie, les dispositions parfois bienveillantes, généreuses, pleines d'entrain des malades, leur loquacité, la vivacité de leurs réparties, il ajoute : « M. Moreau pré- « tend qu'à la période prodromique l'intelligence jette « un éclat que rien n'aurait pu faire soupçonner aupa- « ravant. Nous pensons que cette période d'éclat, quand « elle existe, n'est jamais de longue durée (2). »

Les paroles de M. Moreau, qui s'accordent pleinement avec ce que nous avons observé, méritent d'être rappelées. Il dit, en parlant de la paralysie générale des aliénés : « Tous les médecins savent que c'est précisé- « ment à une époque où telle personne, pour laquelle « on vient les consulter, avait montré des dispositions « intellectuelles que rien n'aurait pu faire soupçonner « auparavant, qu'elle a été frappée de maladie ; si c'est « un homme d'étude, plus de facilité dans le travail « habituel, de spontanéité, d'imprévu, d'originalité « dans les idées, dans les conceptions, d'éclat dans « l'imagination ; si c'est un homme d'affaires, plus de « capacité, plus de hardiesse dans les spéculations, « plus d'assurance, de cette foi dans les idées, si né-

(1) B. Ball. — *Leçons sur les maladies mentales*, 1880, page 760.
(2) A. Voisin. — *Traité de la paralysie générale des aliénés*, 1880, page 11.

©BIUM

« cessaires pour mener à bien les entreprises difficiles...
« Tels sont, assez généralement, les phénomènes psy-
« chiques qui, chez *un très grand nombre* de paralyti-
« ques généraux, ont annoncé l'invasion de la ma-
« ladie (1). »

M. Moreau exagère sans doute, en disant qu'un très grand nombre de paralytiques généraux sont dans ce cas, mais du moins ses affirmations sont exactes pour un certain nombre d'entre eux.

Le mémoire de M. le Dr E. Régis traite, comme nous l'avons dit, de l'exaltation des diverses fonctions au début de la paralysie générale. Ce n'est pas ici le lieu d'en faire l'analyse puisque c'est précisément dans les *Annales médico-psychologiques* qu'il a été publié. Deux phrases de ce mémoire exposent très explicitement les idées de l'auteur au sujet de l'exaltation prodromique des facultés intellectuelles. « Cette exaltation survient,
« dit-il, de préférence chez les sujets dont l'intelli-
« gence, développée par l'origine, l'éducation, et la pro-
« fession se trouve, par cela même, plus particulière-
« ment disposée à l'irritation fonctionnelle. » Et plus loin : « Lorsqu'elle est définitivement établie, elle se
« manifeste par un besoin incessant d'actes intellec-
« tuels, presque toujours en rapport avec les goûts et
« la position du malade. »

Les opinions qui viennent d'être rappelées se résument ainsi :

1° La suractivité intellectuelle existe dans la période prodromique de la paralysie générale progressive ; rare suivant les uns, elle est commune suivant d'autres.

2° Elle est de courte durée.

(1) J. Moreau (de Tours). — *Psychologie morbide*, 1859, page 422.

©BIUM

3° Elle présente toujours les marques de l'affaiblissement intellectuel.

4° Elle est en rapport avec les aptitudes antérieures des malades.

Sur le premier point nous n'ajouterons rien à ce que nous avons dit. Nous nous bornerons à constater l'existence de la suractivité intellectuelle, sans décider si elle est rare ou commune.

Sur le second point, nous n'avons pas besoin d'insister ; nos observations prouvent que cette suractivité peut être d'une durée relativement longue.

Le troisième et le quatrième point doivent nous arrêter encore un instant.

Est-il réel, comme le dit si nettement M. le Dr E. Régis, que la suractivité intellectuelle dont il est question, soit toujours conforme aux dispositions antérieures ? Si nous nous en rapportons à nos observations, nous devons reconnaître qu'il n'en est pas toujours absolument ainsi. M. A..., dans la période d'exaltation intellectuelle, a présenté des dispositions qui ne se rapportaient aucunement à son origine, à son éducation, à sa profession, à ses goûts. D'une instruction médiocre, comme son origine, il était destiné à rester dans l'ombre ; d'un caractère taciturne, il n'était nullement habile à manier la parole, non plus qu'à se mêler aux luttes politiques ; il n'était nullement préparé à jouer le rôle de chef. Et voilà que subitement il prend rang parmi les coryphées d'un parti ; il parle, il est orateur, et ses discours, qui n'étaient peut-être pas d'une correction parfaite (c'est là un point sur lequel nous n'avons pas de renseignements précis), ne manquaient pas toutefois d'entrain, de chaleur, de logique et de conviction. Nous savons bien que le public est souvent facile à abuser, et que de vaines déclamations peuvent avoir sur lui autant et plus d'influence que les discours les

©BIUM

meilleurs et que les arguments les plus solides. Toujours est-il que M. A...., dans cette période de son existence, n'était pas seulement un déclamateur, il montrait plutôt des qualités véritables d'orateur, et tout le monde a reconnu alors l'excellence de ses qualités.

M. B... se rapprochait d'avance du tableau dépeint par les auteurs. Négociant en vins, c'est surtout dans des affaires de commerce qu'il avait manifesté subitement des aptitudes brillantes. Cependant, il faut bien reconnaître que l'habileté de ses entreprises contrastait étonnamment avec ce qu'il était jadis capable de faire.

M. C..., pas plus que M. A..., ne conforme ses dispositions nouvelles à ses dispositions anciennes. Laissons de côté, à ce point de vue, si l'on veut, la manière dont il s'occupe désormais de la gestion de ses biens. Mais en dehors de cela, lui qui n'était nullement administrateur, qui n'était nullement porté ni préparé à la gestion des affaires publiques, se met en avant, brigue la première fonction dans sa commune, l'obtient et la remplit pendant plusieurs mois, de manière à faire l'étonnement et l'admiration de tous ceux qui le connaissent.

Faut-il rapporter à l'éducation, à l'origine, aux aptitudes antérieures, les facultés de mémoire présentées si inopinément par le dernier malade dont nous avons parlé ? Non, certes.

Il convient donc de modifier l'opinion communément reçue et de lui donner une portée beaucoup plus générale. L'activité fonctionnelle qui survient parfois au début de la paralysie générale progressive, peut transformer complètement l'intelligence et donner à l'individu des qualités, des dispositions, des aptitudes qu'il n'avait point auparavant et auxquelles rien ne semblait l'avoir préparé. Les circonstances seules, suivant toute évidence, ont déterminé et déterminent la nature de cette évolution intellectuelle.

©BIUM

A ce développement insolite des facultés d'esprit, se mêlait-il déjà un certain degré d'affaiblissement intellectuel ? Cette question n'est point indifférente, car une réponse négative semble aller à l'encontre du sentiment le plus général des auteurs et constituer, pour la maladie elle-même, une sorte d'anomalie.

En effet, la paralysie générale progressive, cette entité morbide si remarquable, qui domine pour ainsi dire toute la pathologie mentale, et qui, par ses divers phénomènes, la résume presque tout entière ; la paralysie générale présente comme signes essentiels, d'une part les troubles de la mobilité, d'autre part l'affaiblissement intellectuel, la déchéance des facultés mentales. Les notions symptomatiques de la maladie, ainsi résumées et mises en lumière par M. Baillarger, sont désormais établies d'une manière inattaquable.

On a beaucoup discuté sur la prééminence et la préexistence de ces deux ordres de symptômes. On ne discute plus aujourd'hui, et l'on admet communément que leur début est presque simultané, mais que les uns ou les autres prennent, suivant les cas, une importance plus ou moins marquée. Ce que l'on s'accorde également à admettre, c'est que l'affaiblissement d'esprit, existant dès l'origine, fait immédiatement sentir son influence. Prenons, par exemple, la définition, ou, pour mieux dire, le tableau que donnent MM. Christian et Ritti : « La « paralysie générale présente une période prodromique, « d'une durée variable, caractérisée, principalement, par « *un léger affaiblissement de l'intelligence*, des modifi- « cations du caractère, l'altération de l'humeur, la per- « version des facultés morales et affectives, etc... » Cette opinion est réellement unanime. M. E. Régis lui-même, dans son *Manuel de médecine mentale*, où à côté du nom de « Paralysie générale » il met celui de « Démence paralytique », le reconnaît implicitement

©BIUM

et signale la déchéance intellectuelle dès le début de la maladie. L'état de dégénérescence, de régression ou de prolifération conjonctive des divers éléments de la pulpe cérébrale, implique évidemment destruction, annihilation plus ou moins grande, des diverses fonctions de l'organe, soit dans la sphère intellectuelle, soit dans la sphère motrice.

Nous reconnaissons parfaitement que, dans la grande majorité des cas, cette corrélation des lésions et des symptômes s'établit dès le début. Toutefois, il semble évident, d'après nos observations, que (dans quelques cas) il n'en est pas absolument ainsi. Alors (l'intelligence, loin de faiblir, loin de s'éclipser, brille d'un plus vif éclat, et présente même des qualités qu'elle n'avait pas encore manifestées ; alors elle possède plus de pénétration, plus de vivacité, une netteté et une force plus grandes ; enfin les idées, bien conçues, sont coordonnées et régulières ; elles se suivent et s'enchaînent dans un rapport normal et constant, sans qu'il soit possible, même pour les personnes qui voient constamment les malades, d'y trouver des contradictions, des inconséquences, et les autres imperfections qui sont les marques de la faiblesse. Une entreprise est directement poursuivie ; un projet est mené à bonne fin ; tout ce qui constitue la force mentale existe, à savoir l'idée première, la volonté de la réaliser, et la mise à exécution des moyens propres à atteindre le but, sans que personne, nous le répétons, ni amis, ni parents, aperçoive ou soupçonne les signes de la débilité mentale. Cette régularité dans les idées se poursuit du reste pendant des semaines et des mois, et c'est là ce qui donne au phénomène son importance véritable.)

On dira peut-être que les malades dont nous parlons n'avaient pas conscience de leur valeur inaccoutumée ; qu'ils n'appréciaient pas, comme il convenait, le chan-

©BIUM

gement qui s'était opéré en eux, et que cela même était un signe de débilité mentale. Même avec cette restriction, l'intérêt des observations que nous avons citées n'en est pas moins grand. Il suffit que la suractivité intellectuelle existe sans qu'il y ait incohérence dans les idées, extravagance dans les actes ou perte de la mémoire ; que l'être intelligent ne paraisse encore nullement diminué et que la régularité dans la conduite et les actions se conforme à la régularité dans les idées. C'est pour bien caractériser cet état de choses que, dans le titre de notre mémoire, à côté des mots « suractivité intellectuelle », nous avons cru devoir ajouter les mots « sans délire ni démence » qui expriment toute la réalité.

Comment expliquer cette suractivité intellectuelle au début de la paralysie générale progressive ? Les auteurs qui se sont posé la question paraissent n'avoir pas eu d'hésitation pour y répondre. « La nature organique « de ces phénomènes, dit M. Moreau, nous est claire- « ment dévoilée par les lésions trouvées sur les cada- « vres ; ces lésions sont l'indice certain d'un travail « inflammatoire (1). »

M. E. Régis consacre tout un article de son mémoire à l'étude de ce point particulier. Il dit : « Les phéno- « mènes dynamiques de la paralysie générale au début « résultent de l'irritation cérébrale ; leurs varatiions « correspondent à des variations analogues dans la « lésion originelle. » Il dit encore :

« Le phénomène initial de la maladie consiste dans « l'irritation des éléments cérébraux, irritation dont le « processus morbide peut se traduire ainsi : 1° stimu- « lation des propriétés cérébrales ; 2° accroissement de

(1) J. Moreau (de Tours). — *Psychologie morbide*, page 423.

©BIUM

« l'influx nerveux ; 3° excitation des appareils récep-
« teurs ; 4° fonctionnement exagéré de ces appareils.
« Ainsi, dans l'espèce, la suractivité de l'organisme
« n'est que le dernier terme d'une série d'évolutions
« successives, reconnaissant la *phlegmasie cérébrale*
« pour principe. »

En parlant ainsi, M. E. Régis a exprimé avec précision, et dans le langage scientifique actuel, ce que Broussais avait en quelque sorte esquissé dans son ouvrage sur l'*Irritation et la Folie* ; esquissé seulement, car les détails psychologiques dans lesquels il s'est complu, ont fait perdre de vue tout le reste (1).

Malgré la diversité des mots employés par ces divers auteurs, il y a évidemment similitude dans leurs opinions : travail inflammatoire, phlegmasie, irritation, ne sont que les termes différents de la modification organique subie par le cerveau, sous l'influence de la maladie. Et de fait, étant données les notions scientifiques acquises sur les rapports du cerveau avec l'intelligence, on doit reconnaître qu'il y a une corrélation constante entre les lésions cérébrales et certains troubles des facultés mentales.

Mais cependant, cette corrélation ne s'applique pas indistinctement à tous les états. Pour ce qui concerne spécialement la suractivité intellectuelle, il faut bien reconnaître, sans que les preuves en soient difficiles à donner, qu'elle est due tantôt à des lésions organiques, tantôt à des troubles fonctionnels qui n'aboutissent pas nécessairement aux lésions organiques. De là une distinction importante à faire, au sujet de la cause première des phénomènes de cette suractivité ; distinction

(1) Broussais, *De l'Irritation et de la Folie*, 2me édition, 2 vol. Paris, J.-B. Baillière, 1839.

©BIUM

qui s'applique précisément, selon nous, aux diverses phases de la paralysie générale progressive.

Nous venons de dire qu'il n'est point difficile de prouver que la surexcitation intellectuelle provient parfois de modifications cérébrales non organiques. Morel la présente comme un symptôme général d'incubation dans les maladies mentales. « Jamais, dit-il, certains « individus n'ont montré une imagination plus vive, « une attention plus soutenue, une volonté plus forte, « que dans cette période. Ils ont souvent étonné ceux « qui les ont entourés, par la perspicacité de leur juge- « gement, la richesse de leur imagination, et le dévelop- « pement de facultés ou d'aptitudes dont on ne les « croyait pas capables (1). »

La même suractivité appartient encore à beaucoup d'autres formes morbides. Voici quelques paroles de Rostan qui en disent à ce sujet plus long que tous les commentaires : « Les facultés intellectuelles sont « quelquefois exaltées dans le commencement des ma- « ladies aiguës, et même, dans certains cas, peu d'ins- « tants avant la mort. La mémoire est plus fidèle et « plus sûre, l'imagination plus riche, l'élocution plus « brillante ; en somme, l'individu est supérieur à lui- « même. Dans la phtisie pulmonaire, dans quelques « maladies nerveuses, et surtout dans les accès d'hys- « térie, on est souvent étonné par ce merveilleux phé- « nomène (2). »

S'il ne s'agissait que de faits où la suractivité intellectuelle a été de courte durée, nous pourrions à ce sujet citer le cas d'une personne de notre famille, qui était au début d'une fièvre intermittente à forme per-

(1) Morel. — *Etude clinique sur les maladies mentales*, tome Ier, page 176, Nancy, 1852.

(2) Rostan. — *Traité élémentaire de diagnostic et de pronostic*, 1826, tome Ier, page 558.

©BIUM

nicieuse. Avant que les accès eussent éclaté, elle éprouva, pendant plusieurs heures, un état de grand bien-être et de satisfaction intime inexprimable. Il lui sembla que tout à coup son intelligence s'était agrandie ; elle pensait plus vite et mieux. L'apparition des phénomènes pernicieux marqua la fin de ces dispositions.

La suractivité intellectuelle se rencontre encore, à divers degrés, dans les états d'hypnotisme et de somnambulisme.

Il n'est certainement pas possible, dans aucun de ces cas, d'expliquer la suractivité intellectuelle par la phlegmasie cérébrale. Dans la manie elle-même, c'est-à-dire dans la forme de maladie mentale qui, pour les symptômes dont nous nous occupons, se rapproche le plus de la paralysie générale progressive, la phlegmasie n'existe pas. Tout se borne, autant du moins qu'on a pu s'en rendre compte, à une hyperémie, laquelle peut devenir, il est vrai, une cause de phlegmasie, comme l'a établi M. Luys (1), mais qui n'est pas la phlegmasie elle-même.

Pour en revenir à la paralysie générale progressive, nous croyons donc qu'il faut faire des distinctions, et y reconnaître deux conditions différentes de l'existence de la suractivité intellectuelle. L'une se rencontre dans la période d'état ; alors il y a vraiment phlegmasie, altération organique, et, par conséquent, délire et démence en même temps que suractivité intellectuelle. L'autre condition est propre à la période prodromique ; elle n'implique pas nécessairement la phlegmasie. Jusqu'ici, en effet, la preuve anatomique n'a point été donnée, que nous sachions, de lésions inflammatoires dans cette période. Tout se réduit sans doute à des troubles vasomoteurs, communs à la paralysie générale progressive

(1) Luys. — *Traité des Maladies mentales*, page 435.

©BIUM

et à d'autres états morbides. Ces troubles vaso-moteurs, qui, d'après les données les plus positives, déterminent la congestion, s'accompagnent d'excitation intellectuelle ; et comme le cerveau n'est point encore altéré, il en résulte que la suractivité d'esprit peut exister sans délire et sans démence. En somme, ce n'est pas par la phlegmasie proprement dite qu'il convient d'expliquer toujours les phénomènes dont nous parlons.

Du reste, d'autres considérations s'imposent, qui ressortent des observations mêmes que nous avons rapportées, et nous devons en tenir compte dans cette explication de la suractivité intellectuelle à la période prodromique de la paralysie générale progressive.

Nos malades, à l'exception du sujet de l'observation III, ne présentaient point les signes de l'alcoolisme proprement dit, cependant ils étaient notoirement adonnés à l'usage, à l'abus même des boissons alcooliques. Il faut donc se demander quel rôle a pu jouer l'alcool dans l'état spécial qu'ils ont présenté ; il faut rechercher la part respective qui revient à la paralysie générale et à l'influence alcoolique dans les cas de ce genre.

Dans l'étude de l'influence de l'alcool sur les fonctions cérébrales, les auteurs sont portés, d'une manière trop exclusive, à ne considérer que les effets nettement déterminés, en quelque sorte palpables. Ils groupent leurs descriptions sous deux chefs principaux, alcoolisme transitoire et alcoolisme chronique. Ce dernier comprend les dégénérescences ultimes ; l'autre va de l'ivresse au delirium tremens. L'un résulte de l'ingestion immédiate et actuelle des boissons spiritueuses ; l'autre est le résultat de leur action persistante et prolongée.

Nous ne nous arrêterons pas à l'alcoolisme chronique. Sans doute il présente avec la paralysie générale des analogies marquées, puisque leurs manifestations

©BIUM

essentielles sont, d'une part, l'affaiblissement des facultés intellectuelles, et, d'autre part, les troubles de la motilité. Mais arrivées au point où elles présentent de telles analogies, les deux formes morbides ne donnent plus lieu d'étudier les phénomènes de suractivité intellectuelle dont nous nous occupons.

Dans cette forme d'alcoolisme transitoire qui est l'ivresse simple, nous trouvons matière à des considérations qui touchent de plus près à notre sujet. Les premiers phénomènes de l'ivresse ont des caractères spéciaux au point de vue des facultés intellectuelles. Ces phénomènes, qui sont en quelque sorte physiologiques, consistent habituellement en une excitation légère, en une sorte de perfectionnement des qualités de l'esprit. L'individu qui s'enivre devient d'abord plus ouvert, plus expansif, plus animé. Les idées lui arrivent plus abondantes et plus vives. Pressé du besoin de les communiquer, il parle plus qu'à l'ordinaire ; il est plein d'entrain. En même temps ses sentiments s'exaltent ; il est plus empressé, plus généreux, plus affectueux. Alors que d'habitude il était porté à la tristesse, il devient au contraire gai et réjoui ; il voit tout en beau. Son front se déride ; ses yeux sont plus ardents ; l'épanouissement de son visage témoigne de sa transformation mentale. Enfin l'on observe, même chez celui dont l'intelligence normale est médiocre, dont l'initiative mentale est faible, non seulement plus d'abondance dans les idées, mais aussi plus de spontanéité, plus d'à-propos, une véritable originalité. Cet état remarquable, les poètes l'ont chanté, et en ont célébré à l'envi les charmes et les avantages.

Ce qui se passe ainsi dans l'ivresse simple témoigne de ce que peut l'alcool sur les facultés d'esprit. Nous pourrions déjà en tirer des déductions tout à fait en rapport avec notre sujet.

©BIUM

Mais nous devons considérer plutôt un autre état, d'autres dispositions, dont on s'occupe peu d'habitude, et qui peuvent, mieux encore que l'ivresse simple, contribuer à expliquer ce que nous recherchons.

Ces dispositions sont celles des individus qui, ingérant habituellement beaucoup d'alcool, en éprouvent les effets stimulants sans présenter de signes d'alcoolisme. Certaines personnes ont sous ce rapport des aptitudes vraiment spéciales et étonnantes. Alors que chez tel individu il suffit d'une faible dose d'alcool pour amener une intoxication plus ou moins forte, tel autre, au contraire, peut impunément en absorber une grande quantité, sans présenter autre chose qu'une excitation légère. C'est ce que Lasègue rappelle fort justement à propos de l'influence du régime alimentaire sur l'empoisonnement par l'alcool. « Transportons-« nous, dit-il, chez les riches fermiers de la Normandie ; « nous en verrons qui boivent tous les jours leur pinte « d'eau-de-vie sans s'alcooliser ; mais ce sont des gens « se nourrissant plantureusement, et buvant à grands « traits après avoir mangé (1). »

A cette catégorie s'ajoutent, dans une certaine mesure, tous ceux qui demandent intentionnellement à l'alcool la stimulation de leurs facultés d'esprit, hommes d'étude, littérateurs, compositeurs de toute sorte ; et malheureusement ceux-là ne sont pas rares. Le Dr Despine, dans une intéressante brochure, en a rapporté quelques exemples. « Hoffmann, dit-il, ne trou-« vait les inspirations de son imagination fantastique « que sous l'influence de l'excitation cérébrale occa-« sionnée par la bière. J'ai connu un jeune homme qui « ne travaillait avec facilité qu'après avoir pris deux « petits verres de cognac. Sous l'influence de ce liquide,

(1) Lasègue, *Etudes médicales*, tome II, page 235.

©BIUM

« il faisait, en peu de temps, une correspondance com-
« merciale très étendue, en français, en anglais et en
« allemand. Sans cette excitation factice, il m'avoua
« être incapable de faire le même travail, aussi vite et
« aussi bien. Denys d'Halicarnasse rapporte qu'Alcée,
« poète lesbien célèbre, avait besoin, pour produire des
« œuvres remarquables, d'être excité par l'intempé-
« rance. C'était dans une sorte d'ivresse qu'il composait
« ses ouvrages, qui faisaient l'admiration de ses con-
« citoyens (1). » On en pourrait citer d'autres.

Ainsi donc il y a nombre d'individus qui absorbent d'une manière habituelle de notables quantités d'alcool, sans présenter les phénomènes de l'alcoolisme proprement dit, soit transitoire, soit chronique. Il peut leur arriver seulement d'éprouver une stimulation plus ou moins marquée des facultés intellectuelles et d'avoir une plus grande richesse d'intelligence.

C'est là une donnée importante dont il faut évidemment tenir compte pour expliquer les faits dont nous nous occupons. Il faut faire à la paralysie générale et à l'ingestion habituelle de l'alcool la part d'influence respective qui revient à chacune. La paralysie générale, dont l'évolution a déjà commencé, et qui ne tardera pas à se manifester par ses signes essentiels, fournit, comme nous l'avons vu, l'état d'éréthisme nerveux, et met l'individu dans des conditions favorables à la suractivité intellectuelle. De son côté, l'alcool fournit les éléments d'une stimulation analogue à ce qui se produit dans des conditions purement physiologiques.

La paralysie générale, à elle seule, aurait-elle amené les mêmes résultats ? On est en droit de le croire, si l'on s'en rapporte aux observations recueillies par les au-

(1) P. Despine, *Le Démon alcool*, Paris, Savy, 1871, page 8.

©BIUM

teurs que nous avons cités, notamment MM. Moreau et Régis.

D'un autre côté, est-il permis de mettre la paralysie générale hors de cause, et de dire que l'alcool seul avait déterminé les phénomènes observés chez nos malades? Nous croyons que cette prétention serait injustifiée.

Ce qui le prouve, c'est le fait-même de l'évolution de la paralysie générale. Il est impossible, comme nous l'avons déjà dit, de ne pas reconnaître que la suractivité mentale en question s'est manifestée dans la période prodromique de la maladie. Est-il admissible que la paralysie générale ait débuté brusquement après la période de suractivité mentale ? Non, parce qu'elle est une des maladies dont la préparation, l'incubation est la plus longue aussi bien que la plus insidieuse. Si donc on constate tels ou tels phénomènes dans une période qui précède immédiatement l'explosion appréciable de la maladie et l'établissement de sa période d'état, il faut bien reconnaître que cette période est celle des prodromes, et que par conséquent ce qui s'y manifeste d'insolite appartient à la maladie elle-même.

En fin de compte, il faut admettre que la suractivité intellectuelle chez nos malades s'est développée sur le terrain de la paralysie générale progressive et que cette maladie a joué un rôle marqué dans sa production.

Quant à l'influence de l'alcool, elle est encore hypothétique. Nos observations obligent de la mettre en compte. Mais comme jusqu'ici aucun auteur, en traitant de la suractivité intellectuelle au début de la paralysie générale, ne l'a prise en considération, il faut attendre d'autres observations pour que la question puisse être résolue.

Il nous reste à dire un mot sur l'appréciation médico-légale des faits dont il vient d'être question, et cette appréciation, si l'on s'en tient aux apparences, est

©BIUM

assurément très délicate à faire. Les individus, en puissance de paralysie générale progressive, qui, dans la période prodromique de leur maladie, présentent les qualités mentales brillantes et inopinées que nous avons vues, qui ont tout à coup une intelligence supérieure, non seulement à ce qu'elle était jusqu'alors, mais aussi à celle de bien des gens, qui enfin n'ont pas de délire ni aucune apparence de démence, ces individus jouissent-ils de leur capacité civile et sont-ils responsables de leurs actes? Au premier abord il semble tout à fait paradoxal de poser cette question. Et cependant, si l'on considère que l'on a affaire à une maladie mentale dont l'essence est de modifier très profondément le corps et l'esprit, la réponse ne saurait être douteuse. Même dans les cas que nous envisageons, alors que tout semble si normal, il s'est fait néanmoins un changement profond dans la personnalité, changement qui s'accompagne de modifications corrélatives dans les idées, dans les dispositions, dans les sentiments, dans la conscience morale. C'est une véritable aliénation, dans le sens le plus strict du mot. Partant de là, il faut absolument admettre que l'individu ainsi aliéné n'a ni sa capacité civile, ni la responsabilité de ses actes. Mais, dans la pratique, il peut fort bien n'être pas aussi facile de trancher la question. Deux cas peuvent se présenter où il faille apprécier les actes et la conduite de la personne, soit au cours de la période prodromique, soit ultérieurement. Dans le premier cas, en l'absence de signes somatiques ou de troubles intellectuels caractéristiques, le diagnostic de la maladie véritable ne peut se faire. Alors, comme le dit fort bien M. A. Voisin, le médecin ne peut que soupçonner la maladie. Le soupçon n'est pas suffisant pour permettre de porter un jugement. Dès lors aussi le médecin, après avoir, s'il le juge opportun, fait part de ses doutes,

©BIUM

de ses inquiétudes, doit s'abstenir de toute appréciation définitive. Dans le second cas, lorsque la maladie s'est affirmée avec certitude, et qu'il s'agit d'apprécier le passé, la situation est tout autre. Alors les changements antérieurs prennent une grande importance, et marquent d'une façon incontestable l'époque d'invasion de la maladie. Dès ce moment, comme nous venons de le dire, l'individu était réellement aliéné ; il en doit résulter pour lui une déclaration d'incapacité et d'irresponsabilité. Nous ne nous dissimulons pas que, dans la pratique, l'application de cette règle peut donner lieu à des difficultés notables. En présence de l'incapacité civile, par exemple, que deviennent des transactions commerciales, des affaires qui ont toutes les allures normales et qui ne sortent pas de la légalité ? que deviennent des conventions faites de bonne foi par les parties, et d'après lesquelles celles-ci courent également des risques ? que deviennent encore des testaments, des donations conformes à ce que les situations de famille, les services rendus, les relations sociales, la direction normale des sentiments affectifs rendent très justifiables ? Peut-être, dans tous ces cas, y a-t-il lieu d'apprécier, de juger d'après des données purement relatives, et sans tenir compte des principes absolus ? Mais cela n'est plus du ressort de la médecine ; il appartient aux magistrats d'en décider. Pour le médecin expert, tout se borne au diagnostic ; si la maladie est incertaine, il doit s'abstenir de formuler des conclusions ; s'il la reconnaît d'une façon indubitable, il doit le dire, et réclamer toutes les conséquences de ses constatations. En agissant ainsi, il remplit son devoir et se tient rigoureusement dans son rôle.

Conclusions. — La période prodromique de la paralysie générale progressive est caractérisée, dans quel-

©BIUM

ques cas, par la suractivité intellectuelle, sans délire et sans démence.

Cette suractivité, qui peut persister régulièrement plusieurs mois, donne parfois à l'individu des qualités entièrement nouvelles.

Elle ne doit pas être attribuée à la phlegmasie cérébrale, mais plutôt à des troubles vaso-moteurs déterminant l'état congestif. Il y a lieu, en outre, de rechercher si elle n'est pas due à l'influence combinée de la paralysie générale progressive commençante et d'un certain degré d'intoxication alcoolique.

Lorsque la paralysie générale progressive est certaine, les malades, malgré l'intégrité apparente de leur intelligence, doivent être considérés comme aliénés, et, par suite, comme incapables civilement et irresponsables.

©BIUM

Archives cliniques

21

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

Phlegmon diffus sus-aponévrotique du membre supérieur gauche compliqué de tétanos au cours d'une manie subaiguë; guérison du tétanos.

Observation recueillie par J. ROUBINOVITCH, externe des hôpitaux.

SOMMAIRE. — Femme de 50 ans, atteinte de manie subaiguë depuis deux ans. — Dans son agitation, elle casse plusieurs carreaux. — Phlegmon diffus du membre supérieur gauche. — Tétanos : lavements de chloral de 2 grammes; guérison. — Pas de modification dans l'état mental.

La nommée J..., âgée de cinquante ans, est atteinte depuis deux ans de manie subaiguë. Dans la nuit du 11 mai 1887, elle a été prise d'un accès d'excitation pendant lequel elle a cassé avec ses mains cinq carreaux bleus du châlet où elle était enfermée. Ces carreaux sont protégés, en dedans et en dehors, par un grillage en fer qui porte sur de fortes lames du même métal, et on reste étonné de l'énergie qu'a dû déployer cette femme d'une force musculaire médiocre pour arriver à briser à travers cette couche de fer des carreaux très épais. Quoi qu'il en soit, le lendemain matin, J... se plaignait d'une douleur lancinante et pulsatile au niveau de l'articulation du coude du côté gauche et au tiers supérieur de l'avant-bras du même côté. La peau était très rouge par places et d'une teinte lie de vin dans d'autres. La même portion du membre était le siège d'une tuméfaction considérable, sans bourrelet saillant, et d'une chaleur très marquée.

Traitement : bains locaux tièdes.

©BIUM

Trois jours après, à ces symptômes locaux est venue s'ajouter la fièvre (40°, 2 à l'aisselle), de la diarrhée, et à la palpation du phlegmon, nous avons pu percevoir la sensation caractéristique d'une collection liquide. Nous avons alors chloroformisé notre malade et nous lui avons pratiqué, à la face dorsale du tiers supérieur de l'avant-bras gauche, quatre grandes incisions longitudinales allant jusqu'à l'aponévrose. Ensuite, nous avons drainé les plaies avec des tubes de Chassaignac que nous avons placés dans les parties les plus déclives, et l'opération terminée, le bras a été plongé dans un bain phéniqué tiède où il devait rester d'une façon permanente.

16 mai. — Nous constatons que l'évacuation du pus se fait difficilement; nous pratiquons trois nouvelles incisions avec drainage des plaies comme auparavant. Le pus s'évacuait cette fois très abondamment. La fièvre persiste toujours et se maintient à 39°. Outre les bains locaux nous avons nettoyé deux fois par jour les plaies à l'aide d'injections phéniquées poussées à travers les tubes de drainage.

20 mai. — T. axillaire, 40°.

23 mai. — T. ax., 40°,6.

25 mai. — T. ax. 39°,4. Apparition des premiers signes de tétanos à 1 heure de l'après-midi : contraction convulsive des masticateurs avec application forcée des deux arcades dentaires l'une contre l'autre : trismus; bouche en museau, dysphagie, épistothonos; oppression. La malade pousse des cris aigus. L'accès a duré près de cinq minutes. — Dans la même journée, la patiente a eu encore une série d'accès analogues, à 6 h. 11 h. du soir et à 2 h. du matin. A chaque accès il lui a été donné aussitôt un lavement de chloral de 2 grammes. Presque aussitôt, l'accès s'arrêtait et la malade tombait dans le sommeil.

26 mai. — T. ax. 39°,6. Nous la trouvons ce matin

©BIUM

en état de sommeil, ronflant. Elle se réveille en notre présence. L'expression de la figure est souffrante. Elle respire un moment très fortement. Pas de grincements des dents. Il n'existe pas de dysphagie.

A 4 heures de l'après-midi nouvel accès de trismus. Pas d'épisthotonos. On lui administre immédiatement un lavement de chloral qu'elle n'a pas gardé. L'accès a duré près de cinq minutes.

27 mai. — T. 39°,4. A 8 heures du matin la malade a eu une crise avec trismus, rire sardonique et grincements des dents. Durée : dix minutes. On donne aussitôt le lavement de chloral.

A 1 heure de l'après-midi la patiente a pendant deux minutes des grincements de dents. On lui administre alors un lavement de chloral additionné de quelques gouttes d'opium.

A 4 heures, crise très forte avec déviation de la bouche à gauche pendant quatre minutes. On lui donne un lavement qu'elle n'a pas gardé. A 6 heures, on lui fait une injection sous-cutanée de 0 gr. 004 milligr. de chlorhydrate de morphine.

Dans la nuit J... a eu de petites crises caractérisées surtout par des grincements des dents. Deux lavements lui ont été administrés durant cette nuit.

28 mai. — T. ax. 40°. A 7 h. 1/2 du matin, accès violent de trismus avec rire sardonique et grincements de dents. Dès le commencement de l'accès, on administre un lavement de chloral. L'accès s'arrête presque aussitôt, ainsi que dans les accès antérieurs.

Dans la journée la malade a par intervalle des grincements de dents. Deux lavements.

29 mai. — T. ax. 38°,4. Un peu de grincement des dents. Un lavement est aussitôt donné.

Depuis ce jour elle n'a plus eu d'accès. L'amélioration se fait progressivement. La fièvre diminue et de-

©BIUM

puis le 31 mai sa température est très peu au-dessus de la normale (37°,8). Le bourgeonnement des plaies progresse.

4 juin. — T. ax. 37°,2. La plaie est en voie de guérison. Les fonctions digestives se font normalement. Quant à l'état mental de notre malade, il ne s'est pas modifié en dépit de ce grave traumatisme compliqué d'accidents tétaniques.

En résumé, cette malade atteinte de manie subaiguë depuis deux ans, a été prise de tétanos traumatique et a pu guérir de ces phénomènes grâce probablement à un traitement chloral et morphinique. Mais l'état maniaque n'a été modifié en aucune façon, contrairement à ce que l'on observe quelquefois à la suite des grands traumatismes.

©BIUM

Législation.

PROJET DE LOI

ADOPTÉ PAR LE SÉNAT

Tendant à la revision de la loi du 30 juin 1838 présenté à la Chambre des députés le 24 juin 1887.

EXPOSÉ DES MOTIFS

Messieurs, le Sénat avait été saisi par un des cabinets qui nous ont précédés, et dont j'avais personnellement l'honneur de faire partie comme ministre de l'intérieur, d'un projet de loi portant revision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés.

Le gouvernement a, aujourd'hui, l'honneur de soumettre ce projet de loi à la Chambre des députés, tel qu'il a été voté par le Sénat dans sa séance du 11 mars dernier, à la suite de nombreuses délibérations qui ont eu pour effet de le modifier plus ou moins profondément dans certaines de ses parties.

Plusieurs innovations considérables caractérisent ce projet de loi. Elles tendent, soit à combler de graves lacunes de la loi de 1838, soit à modifier le régime qu'elle avait établi, dans un sens propre à donner des gages plus complets au grand intérêt de la liberté individuelle.

Ces innovations sont les suivantes :

1° Extension du pouvoir de surveillance de l'administration, organisé de telle façon qu'il ne s'exerce plus uniquement sur les établissement spéciaux, consacrés au traitement de l'aliénation mentale; mais que les effets tutélaires en soient assurés aussi aux aliénés qui sont conservés dans un domicile privé et dont le législateur avait jusqu'ici négligé de se préoccuper.

©BIUM

2° Ensemble de mesures destinées à sauvegarder la sécurité et la morale publiques contre les aliénés dits criminels à l'égard desquels la loi de 1838 n'avait pris aucune précaution. Des quartiers distincts, annexes de nos établissements pénitentiaires, seraient, à l'imitation de celui déjà aménagé par mesure administrative à la maison centrale de Gaillon, réservés aux condamnés atteints d'aliénation mentale pendant qu'ils subissent leur peine ; en outre, un ou plusieurs asiles spéciaux devraient être créés par l'Etat, pour recevoir des individus que le dérangement de leurs facultés intellectuelles aurait fait acquitter par la justice correctionnelle ou criminelle, ou bénéficier d'une ordonnance ou arrêt non-lieu comme irresponsables du délit ou du crime pour lequel ils étaient poursuivis ; ces asiles seraient ouverts également à d'autres catégories d'aliénés ayant commis, avant ou depuis la constatation de leur désordre mental, des actes criminels ou délictueux. L'admission, actuellement inévitable, de ceux-ci dans les asiles ordinaires et la promiscuité entre eux et les autres malades froissent à bon droit la conscience publique et motivent de légitimes protestations.

3° Modification fondamentale consistant dans l'intervention obligatoire du pouvoir judiciaire, soit pour autoriser les placements volontaires, soit pour rendre définitifs les placements d'office.

4° Enfin, garanties toutes nouvelles édictées à l'effet d'empêcher que désormais le placement d'aliénés français dans des asiles à l'étranger, et d'aliénés étrangers dans des établissements spéciaux en France, puisse, comme aujourd'hui, s'opérer à l'insu des autorités, tant du pays d'origine que du pays où a lieu le placement, et de prévenir ainsi le retour de faits de séquestration abusive que le silence de la loi de 1838 devait malheureusement faciliter.

De ces diverses innovations, trois figuraient, au moins en germe, dans le projet de loi tel qu'il avait été présenté par le département de l'intérieur ; la dernière est due à l'initiative de la commission du Sénat, mais elle a été acceptée en principe par le gouvernement qui la considère comme une des dispositions utiles du projet.

©BIUM

D'autres changements importants sont encore édictés par le projet de loi, soit pour rendre plus étroite et plus incessante une surveillance protectrice des droits de la liberté individuelle au profit de la personne internée comme aliénée, soit pour assurer la gestion de son patrimoine et une défense plus efficace de ses intérêts. Telles sont notamment l'institution près le ministère de l'intérieur d'une inspection générale du service des aliénés, la création dans chaque département d'un ou plusieurs postes de médecins-inspecteurs, ainsi que la désignation d'une ou plusieurs personnes appelées à remplir auprès des aliénés les fonctions de curateur à la personne et d'administrateur provisoire des biens.

Il n'entre pas dans le cadre du présent exposé de passer en revue, par le détail, la série des dispositions nouvelles qui s'inspirent de cette double pensée et qui ont fait au Sénat l'objet d'études approfondies et de savantes discussions d'où est sorti, sur presque tous les points, un complet accord de vues entre la haute assemblée et les représentants du gouvernement.

Mais nous croyons, Messieurs, en vous apportant l'œuvre législative à laquelle vous allez être appelés à travailler à votre tour, pouvoir affirmer qu'elle répond à un besoin social réel, en même temps qu'à de justes aspirations de l'opinion, et qu'elle se recommande au premier chef à la sollitude qu'est assurée d'éveiller dans cette chambre toute proposition tendant à réaliser un sérieux progrès humanitaire.

TITRE PREMIER

Des établissements d'aliénés; des aliénés traités à domicile; de la surveillance du service des aliénés.

SECTION PREMIÈRE

Des établissements d'aliénés et des aliénés traités à domicile.

ARTICLE PREMIER. — Les établissements destinés à recevoir les aliénés sont de deux sortes : publics ou privés ; ils sont exclusivement consacrés au traitement de l'aliénation mentale.

©BIUM

Les aliénés réputés incurables, les épileptiques, les idiots et les crétins peuvent être admis dans ces établissements tant qu'il n'a pas été pourvu à leur placement dans des maisons de refuge, des colonies ou des établissements appropriés spécialement à l'isolement et au traitement des épileptiques et à l'isolement ou à l'éducation des idiots et des crétins.

Les établissements prévus au paragraphe précédent seront soumis à la surveillance instituée par la présente loi, dans la mesure déterminée par un règlement d'administration publique. Les dépenses des malades ou infirmes qui y seront admis, seront imputées et réglées conformément aux articles 43 et 44 ci-après.

ART. 2. — Les établissements publics comprennent les asiles proprement dits et les quartiers d'hospice spécialement affectés aux aliénés.

Ils sont placés sous la direction de l'autorité publique.

Les établissements privés comprennent les maisons de santé qui ne reçoivent que des pensionnaires, et les établissements dénommés asiles privés faisant fonction d'asiles publics, qui reçoivent, en outre, en vertu de traités, les aliénés à la charge d'un ou plusieurs départements.

Ils sont placés sous la surveillance de l'autorité publique.

Nul ne peut créer ni diriger un établissement privé sans l'autorisation du Gouvernement et sans avoir déposé un cautionnement.

ART. 3. — Chaque département est tenu d'avoir un établissement public destiné à recevoir les aliénés ou de traiter, à cet effet, avec un établissement public ou privé, soit de ce département, soit d'un autre département.

Les traités passés par les départements avec un établissement public ou privé pour le traitement de leurs aliénés indigents doivent être approuvés par le Ministre de l'Intérieur.

Les règlements intérieurs des établissements publics et privés consacrés aux aliénés sont soumis à l'approbation du Ministre de l'Intérieur.

Deux ou plusieurs départements peuvent créer et entretenir à frais communs un asile public d'aliénés. Les conditions de leur association sont réglées par les déli-

©BIUM

bérations des Conseils généraux intéressés, conformément aux articles 89 et 90 de la loi du 10 août 1871.

Il est statué par un décret rendu en Conseil d'État sur le mode d'administration de l'établissement.

ART. 4. — Dans chaque département il est institué une ou plusieurs Commissions de surveillance.

La Commission de surveillance est composée de sept membres, savoir : deux conseillers généraux élus par l'assemblée départementale, deux membres choisis par le préfet, un juge titulaire ou suppléant désigné par le tribunal du lieu où l'établissement est situé, le médecin-inspecteur et le curateur dont il est parlé aux articles 9 et 10 ci-après.

Cette Commission a pour attributions :

1° De remplir les fonctions de conseil de famille à l'égard des personnes, non interdites, placées dans les établissements publics ou privés et non pourvues d'un administrateur judiciaire ou datif ;

2° D'exercer sur l'asile public départemental une surveillance administrative et financière ;

3° De contrôler dans les asiles privés faisant fonction d'asiles publics le régime des aliénés, l'exécution des règlements relatifs à ces asiles et celle des traités passés entre eux et les départements.

Les fonctions de cette Commission sont gratuites.

ART. 5. — Les asiles publics sont administrés, sous l'autorité du Ministre de l'Intérieur et des préfets des départements, par un médecin-directeur responsable.

Les quartiers spéciaux annexés aux hôpitaux ou hospices sont administrés par les commissions administratives de ces établissements. Ils sont assimilés aux asiles publics en tout ce qui concerne la direction médicale, le traitement et la surveillance des aliénés.

Cette partie du service est confiée à un médecin en chef-préposé responsable.

Toutefois, le Ministre peut, sur l'avis du Comité supérieur des aliénés, institué en vertu de l'article 13 ci-après, ordonner la disjonction des fonctions de médecin en chef et de directeur d'un asile public, ainsi que celles de médecin en chef et de préposé responsable d'un quartier d'hospice.

Tout directeur d'asile privé faisant fonction d'asile

©BIUM

public peut, dans les cas prévus par les règlements d'administration faits en exécution de la présente loi, être suspendu par un décret du Président de la République et remplacé par un régisseur provisoire.

Le fonctionnaire chargé de la régie conserve tous ses droits à l'avancement et à la retraite.

Cette régie provisoire ne peut avoir une durée de plus de six mois.

ART. 6. — Les médecins-directeurs, les directeurs, les médecins en chef et adjoints des asiles publics, les médecins en chef-préposés responsables, les préposés responsables et les médecins adjoints des quartiers d'hospice, ceux des médecins des établissements privés à qui sera confié le soin des aliénés à la charge des départements, sont nommés par le Ministre de l'Intérieur.

Les médecins adjoints sont nommés sur une liste de présentation dressée à la suite d'un concours public.

Les médecins en chef sont nommés sur une liste de présentation dressée par le Comité supérieur des aliénés.

Les professeurs des facultés de médecine chargés de l'enseignement clinique des maladies mentales, sont de droit médecins en chef des services d'aliénés destinés à cet enseignement. Leur nomination est soustraite aux dispositions de la présente loi. Ils y demeurent soumis sous tous les autres rapports.

Dans les asiles publics, les secrétaires en chef, les économes, les receveurs, les pharmaciens, les employés de bureau, les surveillants en chef, sont nommés par le préfet, sur une liste de présentation dressée par le directeur responsable et par la Commission de surveillance.

Les préposés-gardiens et servants sont nommés par le directeur.

Dans les quartiers d'hospice, les préposés-gardiens et servants doivent être agréés par le préposé-responsable.

En cas de division des fonctions de directeur et de médecin en chef ou de préposé responsable et de médecin en chef, les surveillants, gardiens et infirmiers doivent être agréés par le médecin en chef.

ART. 7. — Nul, en dehors des personnes ci-dessous exceptées par l'article 8, ne peut soigner un aliéné dans un domicile privé sans qu'il en ait fait la déclaration

©BIUM

écrite, dans le délai d'un mois à partir de la mise en traitement de la personne malade, au Procureur de la République du domicile de cette personne et au Procureur de la République du domicile où elle est soignée.

Il est joint à cette déclaration un rapport dressé par le docteur en médecine, conformément aux prescriptions des paragraphes 5 et 6 de l'article 14 ci-après.

Si la personne qui traite ainsi un aliéné dans son domicile privé est médecin, elle ne peut dresser elle-même ni signer le rapport médical joint à la déclaration.

Tout aliéné traité dans un domicile privé, comme il vient d'être dit, est placé sous la surveillance instituée en exécution des articles 9 et 10 ci-après.

A défaut de déclaration, il peut être pourvu au placement de l'aliéné, conformément à l'article 27 ci-après.

ART. 8. — Un aliéné peut être traité dans un domicile privé sans déclaration lorsque le tuteur, autorisé par le conseil de famille à se charger du traitement, le conjoint, l'un des ascendants ou l'un des descendants, le frère ou la sœur, l'oncle ou la tante du malade préside personnellement aux soins qui lui sont donnés.

Si la nécessité de tenir le malade enfermé a duré trois mois, le tuteur, conjoint ou parent qui préside au traitement est tenu d'en faire la déclaration et de fournir le rapport médical prescrit par les paragraphes 1, 2 et 3 de l'article précédent.

Le Procureur de la République peut, sur l'avis du médecin-inspecteur institué en vertu de l'article 9 ci-après, toutes les fois qu'il le juge nécessaire, demander qu'un nouveau rapport médical lui soit fourni.

Dans le cas où il serait reconnu que l'aliéné ne reçoit pas les soins suffisants, le tribunal, à la demande du Procureur de la République ou d'un délégué spécial nommé par le conseil de famille, pourra ordonner qu'il sera confié à un autre parent ou même placé dans un asile.

La décision est prise en présence du tuteur ou parent qui soigne le malade ou après qu'il aura été mis en demeure d'intervenir.

©BIUM

SECTION II

De la surveillance du service des aliénés.

ART. 9. — Dans chaque département, un ou plusieurs docteurs en médecine, nommés par le Ministre de l'Intérieur, sur une liste de présentation dressée par le Comité supérieur des aliénés, sont chargés, chacun dans sa circonscription, de surveiller, sous l'autorité du préfet, l'exécution de la présente loi et des règlements relatifs aux aliénés, de contrôler leur placement et leur maintenue dans les établissements publics et privés, de veiller à leur sortie et à la protection de leur personne, de concert avec le curateur institué en vertu de l'article 10 ci-après.

ART. 10. — Dans chaque département, une ou plusieurs personnes, nommées par le Ministre de l'Intérieur sur une liste dressée par le tribunal civil du chef-lieu, remplissent, chacune dans sa circonscription, vis-à-vis des personnes placées dans les établissements publics ou privés d'aliénés, les fonctions de curateur à la personne.

Pour les aliénés étrangers au département, s'il y a plusieurs curateurs, la désignation du curateur est faite par ordonnance du président du tribunal.

Le curateur doit veiller :

1° A ce que les revenus de l'aliéné soient employés à adoucir son sort et à accélérer sa guérison;

2° A ce que l'aliéné soit rendu à l'exercice de ses droits aussitôt que sa situation le permet.

ART. 11. — Le préfet du département est tenu de visiter, une fois au moins chaque semestre, les établissements publics ou privés situés dans le département.

Le Procureur de la République de l'arrondissement dans lequel un ou plusieurs établissements d'aliénés sont situés, est tenu de visiter ces établissements une fois au moins chaque trimestre.

Le président du tribunal de l'arrondissement, le juge de paix du canton, le maire de la commune où est situé l'établissement public ou privé d'aliénés, peuvent visiter ledit établissement, lorsqu'ils le jugent convenable. Ils reçoivent les réclamations des personnes qui y sont

©BIUM

placées et prennent à leur égard tous les renseignements propres à faire connaître leur position.

ART. 12. — Un décret du Président de la République, délibéré en Conseil d'Etat et rendu dans le délai d'un an, à partir de la promulgation de la présente loi, réglera l'organisation et le fonctionnement, ainsi que le cadre du personnel et les conditions de recrutement de l'inspection générale du service des aliénés.

Les inspecteurs généraux sont nommés à la suite d'un concours sur titres dont le Ministre de l'Intérieur détermine les conditions.

Sont admis à concourir : les membres de l'Académie de médecine, les professeurs et agrégés des Facultés de médecine, les docteurs en médecine ayant rempli pendant cinq ans au moins les fonctions de médecin-inspecteur des aliénés, de directeur-médecin ou de médecin en chef d'un asile d'aliénés ; les docteurs en médecine qui, s'étant distingués par leur enseignement ou leurs écrits sur les maladies mentales, seraient l'objet d'une présentation du Comité supérieur.

Chacun des établissements publics ou privés d'aliénés est visité, au moins une fois chaque année, par un des inspecteurs généraux.

Dans leurs tournées annuelles, qui doivent comprendre tous les départements, les inspecteurs généraux s'assurent de la bonne exécution des lois et règlements relatifs aux aliénés et de la bonne tenue des archives du service des aliénés.

ART. 13. — Dans le délai fixé à l'article précédent, il sera constitué, près le Ministère de l'Intérieur, un Comité supérieur des aliénés composé comme il suit :

Un membre du Conseil d'Etat, élu par le Conseil ;

Un membre de la Cour de cassation, élu par la Cour ;

Le Procureur général près la Cour d'appel de Paris ou l'un des membres du parquet de cette Cour, désigné par lui ;

Un membre de l'Académie de médecine, élu par l'Académie ;

Le professeur de la Faculté de médecine de Paris chargé de l'enseignement clinique des maladies mentales ;

©BIUM

Un directeur du Ministère de la Justice, désigné par le Ministre ;

Un directeur du Ministère de l'Intérieur, désigné par le Ministre ;

Les inspecteurs généraux du service des aliénés.

Les membres désignés par le Conseil d'Etat, la Cour cassation et l'Académie de médecine sont élus pour cinq ans.

Ce Comité reçoit communication de tous les documents et rapports transmis par les préfets ; il donne son avis sur les règlements particuliers, sur les plans et projets de construction générale ou partielle des asiles, sur les traités passés par les départements pour le traitement de leurs aliénés indigents, sur les tarifs des prix de journée des aliénés, sur les autorisations à accorder aux asiles privés, et sur toutes les mesures propres à assurer l'exécution des lois et règlements concernant le service des aliénés ; il reçoit, chaque année, du Ministre de l'Intérieur, communication du rapport général, qui sera présenté par le ministre, publié au *Journal officiel* et distribué aux Chambres.

TITRE II.

Des placements faits dans les établissements d'aliénés.

SECTION PREMIÈRE

Des placements faits sur la demande des particuliers.

ART. 14. — Les chefs responsables des établissements publics et privés consacrés aux aliénés ne peuvent recevoir une personne présentée comme atteinte d'aliénation mentale, s'il ne leur est remis :

1° Une demande d'admission contenant les nom, profession, âge et domicile, tant de la personne qui la forme que de celle dont le placement est réclamé, et l'indication du degré de parenté ou, à défaut, de la nature des relations qui existent entre elles.

La demande est écrite et signée par celui qui la forme ; elle est visée par le juge de paix, le maire ou le commissaire de police. En cas d'urgence, le visa n'est exigible que dans les quarante-huit heures de l'admission. Si

©BIUM

l'auteur de la demande ne sait pas écrire, celle-ci est reçue par le fonctionnaire dont le visa est réclamé, qui en donne acte.

Si la demande est formée par le tuteur d'un interdit, il doit fournir à l'appui, dans un délai de quinze jours, un extrait du jugement d'interdiction et un extrait de la délibération du conseil de famille prise en vertu de l'article 510 du Code civil ;

2° Un rapport au Procureur de la République sur l'état mental de la personne à placer, signé d'un docteur en médecine. Ce rapport doit être circonstancié ; il doit indiquer notamment : la date de la dernière visite faite au malade par le signataire, sans que cette date puisse remonter à plus de huit jours ; les symptômes observés et les preuves de folie constatées personnellement par le signataire ; la marche de la maladie, ainsi que les motifs d'où résulte la nécessité de faire traiter le malade dans un établissement d'aliénés et de l'y tenir enfermé.

Ce rapport ne peut être admis s'il a été dressé plus de huit jours avant la remise au chef responsable de l'établissement ; s'il est l'œuvre d'un médecin attaché à l'établissement, ou si l'auteur est parent ou allié au second degré inclusivement du chef responsable, ou du propriétaire de l'établissement ou des médecins qui y sont attachés, ou de la personne qui fait effectuer le placement, ou de la personne à placer.

En cas d'urgence, l'admission peut avoir lieu sur la présentation d'un rapport médical sommaire ; mais le médecin certificateur doit, dans le délai de deux jours, produire un rapport détaillé, conformément aux dispositions ci-dessus, sous l'une des peines portées à l'article 63 ci-après ;

3° L'acte de naissance ou de mariage de la personne à placer ou toute autre pièce propre à établir l'identité de cette personne.

Les pièces qui ne rempliraient pas les conditions ci-dessus prescrites doivent être rectifiées ou complétées dans un délai de quinze jours, sur la demande du directeur de l'établissement ou sur celle du préfet.

ART. 15. — Lorsque les formalités nécessaires pour le placement d'une personne dans un établissement d'a-

©BIUM

liénés ont été remplies, si cette personne s'oppose par la force à son transport dans cet établissement, le maire ou le commissaire de police doit être requis d'assurer ce transport. Le fonctionnaire ainsi requis doit faire procéder à l'exécution du placement, en prenant les précautions voulues pour éviter des accidents. Il dresse un procès-verbal des faits et le transmet, dans les vingt-quatre heures, au Procureur de la République.

ART. 16. — Toute personne majeure qui, ayant conscience de son état d'aliénation mentale, demande à être placée dans un établissement d'aliénés, peut y être admise sans les formalités prescrites par l'article 14. Une demande signée par elle et la production d'une pièce propre à constater son identité sont suffisantes.

Si elle ne sait pas écrire, la demande est reçue conformément aux prescriptions du paragraphe 3 de l'article 14.

La personne ainsi admise est soumise aux prescriptions de l'article 18 ci-après, et aux autres dispositions de la présente loi concernant les placements faits sur demande des particuliers.

ART. 17. — Nul ne peut être conduit à l'étranger pour être placé dans un établissement d'aliénés, ni être traité à l'étranger comme aliéné, sans que, dans le délai d'un mois, à partir du jour du placement, la déclaration en soit faite par la personne qui l'a provoqué, au Procureur de la République du domicile du malade.

Les dispositions de la présente loi relatives à l'administration des biens sont applicables aux biens des aliénés placés à l'étranger. Le curateur-administrateur provisoire du lieu de leur dernier domicile remplit à leur égard ses fonctions de concert avec la Commission de surveillance dont il fait partie, le tout comme il est prévu aux articles 4 et 10 ci-dessus.

Nul étranger conduit en France pour être placé dans un établissement d'aliénés, ne peut être admis dans cet établissement sans une demande et sans un certificat médical, légalisés dans son pays d'origine ou par un représentant diplomatique de ce pays en France. Si la demande et le certificat ne sont pas écrits en français, il y est joint une traduction française certifiée conforme.

Dans les trois jours de la notification de ce placement,

©BIUM

faite conformément au paragraphe 1er de l'article 18 ci-après, le préfet en donne avis au Gouvernement, qui prévient le représentant diplomatique du pays d'origine de la personne placée.

Le même avis de placement doit être donné, dans le même délai, au représentant diplomatique du pays d'origine de tout étranger résidant ou de passage en France, dont l'état d'aliénation aurait exigé le placement conformément aux termes, soit de l'article 14, soit de l'article 27 de la présente loi.

ART. 18. — Dans les vingt-quatre heures qui suivent l'admission de la personne présentée comme atteinte d'aliénation mentale, le directeur de l'établissement adresse le bulletin d'entrée du malade, accompagné de la copie de la demande d'admission, de celle du rapport prescrit à l'article 14 et de celle du certificat du médecin de l'établissement, dit certificat de vingt-quatre heures : 1° au préfet du département où l'établissement est situé, qui transmet sur-le-champ ces pièces au médecin-inspecteur des aliénés ; 2° au Procureur de la République de l'arrondissement du domicile de la personne placée ; 3° au Procureur de la République de l'arrondissement où l'établissement est situé.

Dans les cinq jours de la réception de ces pièces, le médecin-inspecteur et le curateur à la personne doivent visiter la personne placée.

Le médecin-inspecteur adresse, sans délai, son avis motivé au préfet et au Procureur de la République.

Quinze jours après ce placement, il est adressé au préfet et au Procureur de la République un nouveau certificat circonstancié du médecin de l'établissement.

ART. 19. — Aussitôt après les formalités prescrites à l'article précédent, le Procureur de la République adresse ses réquisitions écrites, avec le rapport médical d'admission, les rapports médicaux de vingt-quatre heures et de quinzaine du médecin de l'établissement et l'avis du médecin-inspecteur, au tribunal de l'arrondissement où l'établissement est situé.

Le tribunal statue d'urgence, en Chambre du conseil, sur la maintenue ou la sortie de la personne placée.

Toutes les fois que le tribunal ne croit pas devoir statuer définitivement, il ordonne, sous la réserve de

©BIUM

tous autres moyens d'information, une expertise médicale.

La décision du tribunal est notifiée sur-le-champ au préfet et au chef responsable de l'établissement.

ART. 20. — Dans les cas de transfèrement d'un aliéné d'un établissement dans un autre, l'admission de l'aliéné transféré a lieu sur le vu du certificat délivré par le chef responsable de l'établissement d'où provient ce malade et des pièces légales concernant ce dernier ou d'une copie de ces pièces.

Le médecin de l'établissement où l'aliéné est transféré fait les certificats de vingt-quatre heures et de quinzaine et le chef responsable fait les notifications prescrites par le paragraphe 1er de l'article 18. Les autres prescriptions du susdit article ne sont pas exigées.

Les fonctions de curateur à la personne de l'aliéné transféré sont transmises à la personne chargée de ces fonctions dans la circonscription à laquelle appartient l'établissement dans lequel le transfèrement est opéré.

ART. 21. — Il y a dans chaque établissement un registre coté et paraphé par le maire, sur lequel sont immédiatement inscrits les nom, profession, âge, domicile et état civil des personnes qui y sont placées ; la mention du jugement d'interdiction, si elle a été prononcée, et le nom du tuteur; la date de leur placement; les nom, profession et demeure de la personne, parente ou non parente, qui l'aura demandé.

Sont également transcrits sur ce registre : 1° la demande d'admission ; 2° le rapport médical prescrit par l'article 14 ; 3° le certificat de vingt-quatre heures et le certificat de quinzaine ; 4° l'avis du médecin-inspecteur ; 5° la décision de la Chambre du Conseil.

Le médecin est tenu de consigner sur ce registre les changements survenus dans l'état mental de chaque malade, au moins chaque semaine pendant le premier mois de séjour, au moins chaque mois pendant le reste de la première année, et ultérieurement au moins chaque trimestre.

Le médecin constate également sur ce registre la date de la sortie et l'état mental du malade au moment où elle a lieu, la date et les causes du décès. Ce registre est exclusivement communiqué aux personnes qui,

©BIUM

d'après les articles 9 et 11, ont le droit de visiter l'établissement ; après chacune de leurs visites, elles apposent sur le registre leur visa, leur signature et leurs observations, s'il y a lieu.

ART. 22. — Toute personne placée dans un établissement d'aliénés en vertu des articles précédents, cesse d'y être retenue aussitôt que le médecin de l'établissement a déclaré, sur le registre sus-énoncé, que la guérison est obtenue.

S'il s'agit d'un mineur ou d'un interdit, il est donné immédiatement avis de la déclaration du médecin aux personnes auxquelles il doit être remis, ainsi qu'au Procureur de la République.

ART. 23. — Avant même que le médecin ait déclaré la guérison, toute personne placée dans un établissement d'aliénés cesse également d'y être retenue, dès que la sortie est requise par l'une des personnes ci-après désignées, savoir :

1° Le curateur à la personne de l'aliéné ;

2° Le conjoint ;

3° A défaut du conjoint, les ascendants ;

4° A défaut d'ascendants, les descendants ;

5° La personne qui a signé la demande d'admission, à moins qu'un parent n'ait déclaré s'opposer à ce qu'elle use de cette faculté sans l'assentiment du conseil de famille ;

6° Toute personne à ce autorisée par le conseil de famille ou agréée par le tribunal.

S'il résulte d'une opposition notifiée au chef de l'établissement par un ayant droit, qu'il y a dissentiment soit entre les ascendants, soit entre les descendants, le conseil de famille décide.

Néanmoins, si le médecin traitant ou le médecin-inspecteur des aliénés est d'avis que l'état mental du malade pourrait compromettre la sécurité, la décence, la tranquillité publiques ou sa propre sûreté, ou si l'administrateur provisoire est d'avis que la personne qui réclame la sortie n'est pas en situation de lui donner les soins nécessaires, le chef responsable en informe immédiatement : à Paris, le préfet de police, dans les départements, le préfet, et il est provisoirement sursis à la sortie.

©BIUM

Ce sursis provisoire cesse de plein droit, à l'expiration de la quinzaine, si le préfet n'a pas, dans ce temps, donné l'ordre contraire, conformément à l'article 31 ci-après.

ART. 24. — Dans les vingt-quatre heures de la sortie, les chefs responsables des établissements en donnent avis aux fonctionnaires auxquels la notification du placement a été faite, conformément à l'article 18, et leur font connaître le nom, la résidence des personnes qui ont retiré le malade, son état mental au moment de la sortie et, autant que possible, l'indication du lieu où il a été conduit.

ART. 25. — Le préfet peut toujours, après avoir pris l'avis du médecin traitant et du médecin-inspecteur des aliénés, ordonner la sortie des personnes placées dans les établissements d'aliénés.

Cet ordre est notifié à la personne qui a signé la demande d'admission, laquelle peut former opposition dans les vingt-quatre heures de la notification.

L'opposition est jugée par le tribunal civil en Chambre du Conseil.

ART. 26. — En aucun cas l'interdit ne peut être remis qu'à son tuteur, et le mineur qu'à ceux sous l'autorité desquels il est placé par la loi.

SECTION DEUXIÈME

Des placements autorisés par l'autorité publique ou placements d'office.

ART. 27. — A Paris, le préfet de police, et dans les départements, les préfets, ordonnent d'office le placement dans un établissement d'aliénés de toute personne, interdite ou non interdite, dont l'état d'aliénation, dûment constaté par un certificat médical, compromettrait la sécurité, la décence ou la tranquillité publiques, ou sa propre sûreté.

Les ordres des préfets sont motivés et doivent énoncer les circonstances qui les ont rendus nécessaires. Ces ordres, ainsi que ceux qui sont donnés conformément aux articles 28, 30 et 31, sont inscrits sur le registre prescrit par l'article 21 ci-dessus, dont toutes les dispositions sont applicables aux individus placés d'office.

©BIUM

Les arrêtés des préfets qui n'ont pas reçu leur exécution dans un délai de quinze jours cessent d'être exécutoires.

ART. 28. — En cas de danger imminent, attesté par le certificat d'un médecin ou par la notoriété publique, les commissaires de police à Paris, et les maires dans les autres communes, ordonnent à l'égard des personnes atteintes d'aliénation mentale toutes les mesures provisoires nécessaires, à la condition d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet, qui statue sans délai.

Ces personnes doivent être envoyées directement dans l'asile qui reçoit les aliénés du département, toutes les fois que le transport peut s'effectuer dans la même journée.

ART. 29. — Les admissions prononcées en vertu des deux articles précédents sont soumises aux dispositions des articles 18 et 19 de la présente loi.

ART. 30. — Les chefs responsables des établissements sont tenus d'adresser aux préfets, dans le premier mois de chaque semestre, un rapport rédigé par le médecin de l'établissement sur l'état de chaque personne qui y est retenue, sur la nature de sa maladie et les résultats du traitement.

Le préfet, sur l'avis du médecin-inspecteur et du curateur, prononce sur chacune individuellement, ordonne sa maintenue ou sa sortie.

ART. 31. — A l'égard des personnes dont le placement a été effectué volontairement ou sur la demande de particuliers, et dans le cas où leur état mental pourrait compromettre la sécurité, la décence ou la tranquillité publiques ou leur propre sûreté, le préfet peut, dans les formes tracées par l'article 27 et sur l'avis du médecin-inspecteur ou du curateur, décerner un ordre spécial à l'effet d'empêcher qu'elles ne sortent de l'établissement sans autorisation, si ce n'est pour être placées dans un autre établissement.

Les chefs responsables des établissements sont tenus de se conformer à cet ordre.

ART. 32. — Les ordres donnés en vertu des art. 27, 28 et 31 ci-dessus sont notifiés administrativement, dans un délai de trois jours, au maire du domicile des personnes soumises au placement, qui en donne immédiatement avis aux familles.

©BIUM

ART. 33. — Les prescriptions de l'article 22 sont applicables aux personnes placées d'office.

Aussitôt que le médecin a déclaré, sur le registre tenu en exécution de l'article 21, que la sortie peut être ordonnée, les chefs responsables des établissements sont tenus, sous peine d'être poursuivis, conformément à l'article 63 ci-après, d'en référer au préfet, qui statue sans délai, après avoir pris l'avis du médecin-inspecteur et du curateur-administrateur.

ART. 34. — Dans aucuncas, les aliénés dirigés sur un asile ne peuvent être, ni conduits avec des condamnés ou des prévenus, ni déposés dans une prison. Lorsque, pendant le voyage de transport, un arrêt est indispensable, le malade est déposé dans un hospice ou hôpital civil, ou, à défaut, dans un local loué à cet effet.

Dans tout chef-lieu judiciaire où il n'existe pas d'établissement public d'aliénés, l'hospice ou l'hôpital civil, qui doit recevoir provisoirement les personnes qui leur sont adressées en vertu des articles 27 et 28, est tenu d'établir et d'approprier un local d'observation et de dépôt destiné à recevoir provisoirement les aliénés non encore internés, avant ou pendant leur voyage de transport à l'asile, et à recevoir les inculpés présumés aliénés qui seraient soumis, par décision de la justice, à une expertise médico-légale.

L'organisation et le fonctionnement de ces quartiers ou locaux sont confiés au préfet.

ART. 35. — Les aliénés ne doivent être retenus en observation dans les hôpitaux et hospices civils ordinaires que le temps nécessaire pour constater leur état d'aliénation mentale et pourvoir à leur transfèrement dans l'asile destiné à les recevoir.

Jamais ils ne peuvent être conservés dans un établissement qui n'est pas spécialement consacré à leur traitement, pendant plus de quinze jours, à moins d'une autorisation particulière et motivée du préfet.

SECTION TROISIÈME

Des condamnés reconnus aliénés ; des aliénés dits criminels ; des inculpés présumés aliénés et soumis à une expertise médico-légale.

ART. 36. — Les individus de l'un et de l'autre sexe,

©BIUM

condamnés à des peines afflictives et infamantes ou à des peines correctionnelles de plus d'un an d'emprisonnement, qui sont reconnus épileptiques ou aliénés pendant qu'ils subissent leur peine, et dont l'état d'aliénation a été constaté par un certificat du médecin de l'établissement pénitentiaire, peuvent être, après avis du médecin inspecteur du département dans lequel l'établissement pénitentiaire est situé, conduits dans des quartiers spéciaux d'aliénés annexés à des établissements pénitentiaires, et y être retenus jusqu'à leur guérison ou jusqu'à l'expiration de leur peine.

ART. 37. — Est mis à la disposition de l'autorité administrative, pour être placé dans un établissement d'aliénés, dans le cas où son état mental compromettrait la sécurité, la décence ou la tranquillité publiques ou sa propre sûreté, et après de nouvelles vérifications, si elles sont jugées nécessaires :

1° Tout inculpé qui, par suite de son état mental, a été considéré comme irresponsable et a été l'objet d'une ordonnance ou d'un arrêt de non-lieu ;

2° Tout prévenu poursuivi en police correctionnelle qui a été acquitté comme irresponsable à raison de son état mental ;

3° Tout accusé ou prévenu poursuivi en Cour d'assises ou en Conseil de guerre, qui a été l'objet d'un verdict de non-culpabilité, s'il résulte des débats qu'il était irresponsable à raison de son état mental.

Dans ces cas, l'ordonnance, le jugement ou l'arrêt qui prononce le non-lieu ou l'acquittement et, en cas de verdict de non-culpabilité, la Cour d'assises, par un arrêt spécial, renvoie l'inculpé, le prévenu ou l'accusé devant le tribunal, en Chambre du Conseil, qui statue comme il est dit au paragraphe 2 de l'article 19.

Jusqu'à la décision du tribunal, l'individu présumé aliéné est retenu dans l'un des locaux ou établissements prévus à l'article 40 ci-après.

ART. 38. — L'Etat fera construire ou approprier un asile spécial ou plusieurs asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels de l'un et de l'autre sexe, où seront conduits et retenus, en vertu d'une décision du Ministre de l'Intérieur, les aliénés mis à la disposition de l'autorité administrative, en exécution de l'article 37.

©BIUM

Pourront également y être conduits et retenus, en vertu d'une décision du Ministre de l'Intérieur, sur la proposition du Comité supérieur des aliénés :

1° Les aliénés qui, placés dans un asile, y auront commis un acte qualifié crime ou délit contre les personnes ;

2° Les condamnés à une peine correctionnelle de moins d'un an d'emprisonnement qui deviennent aliénés pendant qu'ils subissent leur peine ;

3° Les condamnés reconnus aliénés dont il a été parlé à l'article 36, lorsqu'à l'expiration de leur peine le Ministre de l'Intérieur aura reconnu dangereux soit de les remettre en liberté, soit de les transférer dans l'asile de leur département.

Tout aliéné traité dans l'asile ou les asiles spéciaux créés en vertu du présent article, peut être transféré dans l'asile de son département en vertu d'une décision du Ministre de l'Intérieur, rendue sur la proposition motivée du médecin traitant et après avis du Comité supérieur.

ART. 39. — Lorsque la sortie d'un des aliénés internés en vertu des articles 36 et 37 est demandée, le médecin traitant doit déclarer si l'interné est ou non guéri et, en cas de guérison, s'il est ou non légitimement suspect de rechute.

La demande et la déclaration susdites, accompagnées de l'avis motivé du médecin inspecteur, sont déférés de droit au tribunal, qui statue en Chambre du Conseil, conformément à l'article 48 ci-après.

Si la sortie n'est pas accordée, la Chambre du Conseil peut décider qu'il ne sera procédé à un nouvel examen qu'à l'expiration d'un sursis qui ne peut se prolonger au delà d'une année.

La sortie accordée est révocable et peut n'être que conditionnelle. Elle est alors soumise à des mesures de surveillance réglées par la Chambre du Conseil d'après les circonstances de chaque cas particulier. Si ces conditions ne sont pas remplies ou s'il se produit des menaces de rechute, la réintégration immédiate à l'asile doit être effectuée conformément aux dispositions prescrites par les articles 15 et 28 de la présente loi.

ART. 40. — Lorsqu'un inculpé est présumé aliéné,

©BIUM

l'expertise prescrite en vue de déterminer son état mental, peut avoir lieu soit dans le quartier ou local d'observation et dépôt provisoire établi à l'hôpital ou hospice, conformément à l'article 34 de la présente loi, soit dans un établissement public d'aliénés ou dans un établissement privé faisant fonction d'établissement public si l'expert ou l'un des experts désignés est médecin de cet établissement.

L'admission de la personne présumée aliénée a lieu en vertu d'un arrêté du préfet, pris sur les conclusions de l'autorité judiciaire.

Si l'expertise a lieu dans un établissement d'aliénés, la personne présumée aliénée peut être réintégrée dans la prison, par ordre du préfet, aussitôt que le chef responsable en fait la demande au préfet, pour motif de sécurité ou autre motif valable.

SECTION QUATRIÈME.

Dépenses et recettes du service des aliénés.

ART. 41. — Sont conduits dans l'établissement appartenant au département ou avec lequel il a traité, les aliénés dont le placement a été ordonné par le préfet, à moins que la famille ne demande leur admission dans un autre établissement spécial et ne subvienne aux frais de leur entretien.

Y sont également admis par arrêté du préfet, aux conditions réglées par le Conseil général et avec les formalités prescrites par l'article 18, les aliénés indigents dont l'état mental ne compromettrait pas la sécurité, la décence ou la tranquillité publiques ou leur propre sûreté.

ART. 42. — La dépense du transport des personnes dirigées par l'administration sur les établissements d'aliénés est arrêtée par le préfet, sur le mémoire des agents préposés à ce transport.

En l'absence de traités réglant la dépense de l'entretien, du séjour et du traitement des aliénés placés dans les établissements publics, cette dépense est réglée d'après un prix de journée arrêté chaque année par le Ministre de l'Intérieur pour les asiles de l'Etat et pour ceux qui constituent une personne civile, par les Conseils

©BIUM

généraux pour les asiles départementaux, par les Commissions administratives pour les quartiers d'hospice.

Pour les asiles privés faisant fonction d'asiles publics, la dépense ci-dessus est fixée par les traités passés avec le département, conformément à l'article 3.

Dans aucun cas, les Conseils généraux ne peuvent disposer des réserves ou des excédents de recettes des asiles pour les appliquer à un autre service qu'à celui des établissements qui les auront réalisés.

Les recettes et les dépenses des quartiers d'hospice affectés aux aliénés sont l'objet d'une section distincte dans le budget de l'établissement hospitalier dont ils font partie, et le produit de leurs recettes doit leur être intégralement réservé.

ART. 43. — Les dépenses énoncées en l'article 42 sont à la charge des personnes placées; à leur défaut, à la charge de ceux auxquels il peut être demandé des aliments, aux termes des articles 205 et suivants du Code civil.

S'il y a contestation sur l'obligation de fournir les aliments ou sur leur quotité, il est statué par le tribunal compétent, à la diligence du curateur à la personne de l'aliéné.

Le recouvrement des sommes dues est poursuivi et opéré par les percepteurs, comme en matière d'amendes et de condamnations pécuniaires.

ART. 44. — A défaut ou en cas d'insuffisance des ressources énoncées en l'article précédent, il est pourvu à la dépense par le département, sans préjudice du concours de la commune du domicile de l'aliéné, d'après un tarif arrêté par le Conseil général, sur les propositions du préfet.

Les hospices sont tenus à une indemnité proportionnée au nombre des aliénés dont le traitement ou l'entretien était à leur charge, et qui seraient placés dans un établissement spécial d'aliénés.

En cas de contestation, il est statué par le Conseil de préfecture.

ART. 45. — Sont payés par l'Etat :

1° Les dépenses du Comité supérieur ;

2° Les traitements et pensions de retraite des inspecteurs généraux du service des aliénés ;

©BIUM

3° Les traitements et pensions de retraite des médecins-inspecteurs, des médecins-directeurs, directeurs, médecins en chef et adjoints des asiles publics, des médecins en chef-préposés responsables et médecins adjoints des quartiers d'hospice, des médecins en chef et adjoints des établissements privés faisant fonction d'asiles publics.

Toutefois, les établissements publics et les établissements privés faisant fonction d'asiles publics remboursent au Trésor la dépense correspondant aux traitements des fonctionnaires énumérés au paragraphe 3 ci-dessus.

A cet effet, la loi des finances détermine chaque année le nombre de centimes qui sont réservés sur les prix de journée et les pensions payées soit par les départements, soit par les familles, pour les aliénés à leur charge.

Les fonctionnaires et employés des asiles publics, nommés par les préfets, conformément au paragraphe 5 de l'article 6, sont associés aux charges et bénéfices de la Caisse des retraites du département où est situé l'asile. En cas de changement d'un de ces fonctionnaires d'un département dans un autre, les retenues versées par lui dans la Caisse des retraites du département qu'il quitte, sont reversées dans la Caisse du département où il se rend.

Si l'un des fonctionnaires départementaux susdits est ou a été appelé à un emploi rétribué par l'Etat, conformément à la présente loi, les sommes versées par lui à la Caisse des retraites du département qu'il quitte ou a quitté, sont reversées au Trésor public, au compte du fonds des pensions civiles.

ART. 46. — Sont avancés par l'Etat :

1° Les frais de déplacement des médecins-inspecteurs pour l'exécution des attributions qui leur sont conférées par l'article 9;

2° Les honoraires du curateur-administrateur provisoire concernant les aliénés indigents.

Les avances dont il s'agit seront recouvrées, à l'expiration de chaque année, sur les établissements publics ou privées dans les formes établies pour les contributions directes.

Les honoraires du curateur-administrateur provisoire

©BIUM

sont prélevés sur les biens des aliénés d'après un tarif arrêté par un règlement d'administration publique.

ART. 47. — La dépense d'entretien des personnes traitées en exécution des alinéas 1° et 3° de l'article 38, dans les asiles spéciaux construits par l'Etat, est supportée par les départements auxquels ces personnes appartiennent, jusqu'à concurrence du prix de journée payé par chacun de ces départements pour ses aliénés ordinaires.

Le surplus de la dépense d'entretien, s'il y en a, et les dépenses du transfèrement sont à la charge de l'Etat.

Les dépenses des condamnés visés par l'article 36 et par l'alinéa 2° de l'article 38 restent entièrement à la charge de l'administration pénitentiaire.

Il en est de même de la dépense des personnes placées pour une expertise médico-légale dans un établissement d'aliénés ou dans un quartier ou local d'observation ou dépôt, conformément à l'article 40 ci-dessus, jusqu'à ce qu'il ait été statué sur la poursuite dont elles sont l'objet.

SECTION CINQUIÈME.

Dispositions communes à toutes les personnes placées dans les établissements d'aliénés.

ART. 48. — Toute personne retenue dans un établissement d'aliénés peut, à quelque époque que ce soit, se pourvoir devant le tribunal du lieu où est situé l'établissement, qui, après les vérifications nécessaires, ordonne, s'il y a lieu, la sortie immédiate. Il suffit, à cet effet, que le réclamant adresse une demande sur papier non timbré au Procureur de la République, qui doit, sans retard, en saisir la Chambre du Conseil.

Les personnes qui ont demandé le placement, le curateur, l'administrateur judiciaire ou datif et le Procureur de la République, d'office, ou toute autre personne peuvent se pourvoir aux mêmes fins.

Dans le cas d'interdiction, cette demande ne peut être formée que par le tuteur, le curateur, le Procureur de la République, ou par l'interdit lui-même.

Dans tous les cas, communication de la demande est faite par le Procureur de la République à la per-

©BIUM

sonne qui a fait le placement, au curateur, à l'administrateur judiciaire ou datif et au tuteur, s'il s'agit d'un interdit.

La décision est rendue sans délai en Chambre du Conseil ; elle n'est pas motivée.

Cette décision, ainsi que celles prévues dans les articles 19 et 29 de la présente loi, peuvent être rendues sans le ministère d'avoués et sont exécutoires sur minute ; les notifications à faire au préfet et au chef responsable de l'établissement ont lieu en la forme administrative.

Les frais de procédures faites à la requête du Ministère public sont avancés par l'Etat conformément aux dispositions de l'article 46 qui précède.

Les actes judiciaires ou extrajudiciaires exclusivement relatifs à l'exécution du présent article et des articles 19 et 29 ci-dessus sont visés pour timbre et enregistrés en débet.

Aucunes requêtes, aucunes réclamations adressées, soit à l'autorité judiciaire, soit à l'autorité administrative, soit au médecin-inspecteur, soit à l'administrateur provisoire, ne peuvent être supprimées ou retenues par les chefs d'établissements, sous les peines portées au titre III, ci-après.

ART. 49. — Les médecins des établissements autres que ceux mentionnés à l'article 38 peuvent, à titre d'essai, autoriser la sortie des malades pour la durée d'un mois.

Les sorties de plus d'un mois doivent être autorisées par le préfet, après avis du médecin-inspecteur.

Mention de ces mesures est faite sur le registre prescrit par l'article 21, et notification en est adressée au préfet, au Procureur de la République et au maire de la commune.

Ce dernier, en cas de rechute du malade pendant son congé, doit veiller à sa prompte réintégration dans l'asile.

ART. 50. — Lorsqu'un aliéné s'est évadé d'un asile public ou privé, sa réintégration peut s'accomplir sans formalités, si elle a lieu dans un délai de quinze jours. Passé ce délai, il ne peut être réadmis dans un asile qu'à la condition qu'il soit procédé à son placement,

©BIUM

soit volontaire, soit d'office, conformément aux prescriptions de la présente loi.

Les mesures prescrites par l'article 15 sont applicables à la réintégration des aliénés évadés.

ART. 51. — Le curateur nommé conformément à l'article 10 ci-dessus exerce les fonctions d'administrateur provisoire à l'égard de tout aliéné non interdit placé dans un établissement public ou privé, tant qu'il n'a pas été pourvu par le conseil de famille ou par le tribunal à la nomination d'un administrateur datif ou d'un administrateur judiciaire.

L'administrateur provisoire peut faire tous actes conservatoires et intenter toutes actions mobilières dès l'admission de l'aliéné dans un établissement public ou privé, et sans attendre la décision de la Chambre du Conseil sur sa maintenue ou sa sortie.

Néanmoins le président du tribunal, statuant en référé, peut, sur la demande de la personne internée ou de toute autre personne en son nom, ordonner que l'administrateur provisoire s'abstiendra de tout acte d'immixtion pendant le délai qu'il fixera.

Pour les actes à l'égard desquels le Code exige l'autorisation du conseil de famille, cette autorisation est donnée par la Commission de surveillance.

L'administrateur provisoire procède au recouvrement des sommes dues à l'aliéné et à l'acquittement des dettes, passe des baux qui ne peuvent excéder trois ans, à moins qu'il ne soit autorisé spécialement par la Commission de surveillance à consentir un bail dont la durée ne peut être supérieure à neuf ans.

Avec la même autorisation, précédée de l'avis du médecin traitant sur l'état de l'aliéné, il peut vendre les biens mobiliers et immobiliers de l'aliéné, lorsque leur valeur, d'après l'appréciation de la Commission de surveillance, n'excède pas 1,500 francs en capital. Si leur valeur dépasse cette somme, il faut, en outre, l'homologation du tribunal statuant en Chambre du Conseil, le ministère public entendu. Dans ce dernier cas, la vente des immeubles se fera aux enchères publiques, soit devant le tribunal, soit devant un notaire commis.

Les successions ouvertes au profit d'un aliéné ne peu-

©BIUM

vent être acceptées ou répudiées qu'avec l'autorisation du conseil de famille.

ART. 52. — L'administrateur provisoire perçoit toutes les sommes appartenant à l'aliéné, soit qu'on les trouve sur la personne de celui-ci ou à son domicile, soit qu'elles proviennent des recouvrements et rentes dont il est parlé à l'article 51 ou de toute autre cause. Il en donne quittance aux tiers.

Si l'aliéné est placé dans un établissement public, l'administrateur provisoire doit, dans le plus bref délai et au fur à mesure des rentrées, verser toutes les sommes appartenant à l'aliéné à la Caisse de l'établissement et le cautionnement du receveur est affecté à la garantie desdits deniers par préférence aux créanciers de toute nature.

Lorsque les sommes dont il s'agit excèdent les besoins courants de l'aliéné, il en est fait emploi par l'administrateur provisoire ; cet emploi est réglé par la Commission de surveillance quand le capital ne dépasse pas 1,500 francs et par le président du tribunal quand le chiffre est supérieur.

Si l'aliéné est placé dans un établissement privé, l'administrateur provisoire est autorisé à conserver entre ses mains, les sommes nécessaires aux besoins de l'aliéné lorsqu'elles n'excèdent pas 1,500 francs. Au-dessus de ce chiffre le mode de conservation doit être autorisé par le président du tribunal. L'emploi des sommes qui ne sont pas nécessaires aux besoins de l'aliéné est réglé par la Commission de surveillance ou par le président du tribunal, suivant qu'elles excèdent ou non 1,500 francs, comme il est dit au paragraphe précédent.

Les titres provenant de ces emplois et tous autres titres appartenant à l'aliéné sont remis à la garde de l'administrateur provisoire.

ART. 53. — Dans le mois qui suit l'année écoulée depuis l'internement d'un aliéné dans un asile public ou privé, l'administrateur provisoire doit soumettre au Procureur de la République un état de la situation financière de l'aliéné.

Il lui soumettra le même état, une fois par an, tant

©BIUM

qu'il ne sera pas remplacé par un administrateur datif ou judiciaire.

ART. 54. — Si l'aliéné est commerçant ou s'il est engagé dans une exploitation industrielle ou agricole, le président du tribunal, statuant en référé, peut, sur la demande du conjoint ou de l'associé, et contradictoirement avec l'administrateur provisoire, conserver soit au conjoint soit à l'associé la direction des affaires particulières ou sociales.

Dans ce cas, le conjoint ou l'associé doivent communiquer à l'administrateur, au moins une fois par an, un état sur la situation financière de l'entreprise.

ART. 55. — Les parents, le conjoint, l'associé de l'aliéné, l'administrateur provisoire et le Procureur de la République peuvent toujours provoquer la nomination d'un administrateur judiciaire.

Cette nomination est faite par le tribunal civil en Chambre du Conseil.

Elle doit être précédée de l'avis du conseil de famille, mais seulement lorsqu'elle est demandée par les parents, le conjoint ou l'associé.

Dans le cas où l'aliéné a des parents proches, compris dans l'énumération de l'article 8, paragraphe 1er, ci-dessus, il peut être pourvu d'un administrateur provisoire datif ; cet administrateur est nommé par le conseil de famille de l'aliéné, réuni à la demande de tout parent et même d'office.

Sur la notification de cette nomination, l'administrateur provisoire légal, s'il a exercé ses fonctions, rend son compte d'administration qui est reçu par l'administrateur datif. Ce compte est rendu de même, en cas de nomination d'un administrateur judiciaire.

Le mari est, de droit, l'administrateur provisoire des biens de sa femme placée dans un établissement d'aliénés.

La femme dont le mari est interné peut être autorisée par le juge, statuant en référé, à faire les actes d'administration qu'il déterminera.

ART. 56. — Les articles 510 et 511 du Code civil sont applicables aux aliénés placés dans un établissement public ou privé.

Dans tous les cas, la personne chargée de l'adminis-

©BIUM

tration des biens d'un aliéné placé dans un de ces établissements, que ce soit le tuteur, le mari, l'administrateur datif ou l'administrateur judiciaire, doit remettre au curateur, une première fois dans le mois de son entrée en fonctions ou du placement de la personne aliénée et ultérieurement une fois tous les ans, un état de situation de la fortune de cette personne.

Le curateur peut provoquer la réunion du conseil de famille et le saisir de toute proposition tendant à la bonne gestion des intérêts de l'aliéné.

Il peut faire appel devant le tribunal civil contre le tuteur, le mari, l'administrateur datif ou judiciaire, de toute mesure ordonnée ou autorisée par le conseil de famille qui lui paraîtrait de nature à nuire aux intérêts de l'aliéné.

ART. 57. — Les pouvoirs de l'administrateur datif et de l'administrateur judiciaire, quant aux biens, sont les mêmes que ceux du tuteur du mineur ou de l'interdit ; ils sont régis par les mêmes règles et soumis aux mêmes conditions, à l'exception de l'hypothèque légale.

Dans aucun cas ces pouvoirs ne peuvent être moindres que ceux de l'administrateur provisoire légal.

Les dispositions du Code civil sur les causes qui dispensent de la tutelle, sur les incapacités, les exclusions ou destitutions des tuteurs sont applicables à l'administrateur judiciaire ou datif.

Sont applicables à l'administrateur provisoire légal, judiciaire ou datif, les dispositions des sections 8 et 9 du Titre X, livre I, du Code civil, ainsi que celles de la loi du 27 février 1880 : il n'est pas assujetti à l'hypothèque légale.

Toutefois, sur la demande des parties intéressées ou sur celle du Procureur de la République, le jugement qui nomme l'administrateur judiciaire peut, en même temps, constituer sur ses biens une hypothèque générale ou spéciale, jusqu'à concurrence d'une somme déterminée par le jugement.

En ce qui concerne l'administrateur datif, le conseil de famille peut, soit dans la délibération contenant nomination, soit à toute époque postérieure, demander la constitution sur ses biens d'une hypothèque générale

©BIUM

ou spéciale ; la délibération est transmise par le juge de paix au Procureur de la République qui la soumet à l'homologation du tribunal statuant en Chambre du Conseil.

Le Procureur de la République doit, dans le délai de quinzaine et après acceptation de l'administrateur judiciaire ou datif, faire inscrire l'hypothèque au bureau de la conservation. Elle ne date que du jour de son inscription.

ART. 58. — Les significations à faire à la personne placée dans un établissement d'aliénés doivent être faites au tuteur, si la personne est interdite, au curateur et à l'administrateur judiciaire ou datif, suivant les cas.

Dans le cas de signification de pièces relatives à une instance en interdiction, en divorce, en séparation de corps ou de biens, en désaveu de paternité, en maintenue du placement ou en sortie de l'établissement, cette signification doit être faite en outre, à peine de nullité, à l'aliéné lui-même.

Il n'est point dérogé aux dispositions de l'article 173 du Code de commerce.

Le curateur intervient de droit dans toutes les instances mentionnées au deuxième paragraphe du présent article.

Le tuteur de l'aliéné interdit ; en cas de non-interdiction, l'administrateur provisoire, légal, datif ou judiciaire peuvent, en vertu du mandat exprès qu'ils en auront reçu du conseil de famille ou à son défaut du tribunal, intenter au nom de l'aliéné une action en séparation de corps ou de biens.

Le délai de l'action en désaveu de paternité fixé par les articles 316 et suivants du Code civil ne court pas contre l'aliéné placé dans un établissement public ou privé, jusqu'au jour de sa sortie définitive de l'établissement et en cas d'interdiction judiciaire jusqu'au jugement de mainlevée.

ART. 59. — Les pouvoirs de la Commission de surveillance et du curateur-administrateur provisoire, ceux de l'administrateur légal, judiciaire ou datif, cessent de plein droit dès que la personne placée est sortie définitivement de l'établissement ; ils subsistent pendant les sorties provisoires et les congés à titre d'essai et, en

©BIUM

cas d'évasion, jusqu'à l'expiration du délai de quinze jours prévu à l'article 50.

Les pouvoirs de l'administrateur judiciaire cessent de plein droit à l'expiration d'un délai de trois ans ; ils ne peuvent être renouvelés qu'après que ledit administrateur a fourni au curateur les états de situation prescrits par l'article 56.

ART. 60. — Les actes faits par l'aliéné non interdit, pendant la durée de son internement, sont, comme ceux faits par l'interdit, soumis aux règles des articles 502 et 1125 du Code civil en ce qui concerne les droits que le tuteur exerce pour l'incapable avec l'autorisation, quand il y a lieu, du conseil de famille et du tribunal civil. L'action en nullité est soumise aux règles de l'article 1304 du Code civil.

Les dix ans courent à l'égard de l'aliéné, après sa sortie définitive, à dater de la signification qui lui en a été faite ou de la connaissance qu'il en a eue ; et, à l'égard de ses héritiers, à dater de la signification qui leur en a été faite ou de la connaissance qu'ils en ont eue depuis sa mort.

Lorsque les dix ans ont commencé à courir contre lui, ils continuent de courir contre les héritiers.

L'internement dans un asile d'aliénés maintenu par la Chambre du Conseil a le même effet qu'une demande en interdiction, au point de vue de l'application de l'article 504 du Code civil.

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 pendant un moment lucide.

ART. 61. — Les causes concernant les personnes, même non interdites, qui sont placées dans un établissement public ou privé d'aliénés, sont communiquées au ministère public.

Les décisions ou jugements rendus par la Chambre du Conseil en vertu des articles 51 et 55 ne sont pas susceptibles d'appel.

Pour les autres, l'appel doit être interjeté dans la quinzaine de la notification. Il y est statué par la Cour, en Chambre du Conseil, toute affaire cessante.

©BIUM

TITRE III

Pénalités.

ART. 62. — Les chefs responsables des établissements publics et privés d'aliénés ne peuvent, sous les peines portées à l'article 120 du Code pénal, retenir une personne placée dans un établissement, dès que sa sortie a été ordonnée par le préfet, aux termes des articles 25, 30 et 35, ou par le tribunal, aux termes de l'article 48, ni lorsque cette personne se trouve dans les cas énoncés aux articles 22 et 23.

ART. 63. — Les contraventions aux dispositions des articles 7, 8, 14, 15, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 30, 31, 32, 34, 35, du dernier paragraphe de l'article 37, des articles 49 et 50 de la présente loi et aux règlements rendus en vertu de l'article 67, qui sont commises par des chefs responsables des établissements publics ou privés d'aliénés, et par les médecins employés dans ces établissements, sont punis d'un emprisonnement de cinq jours à un an, et d'une amende de 50 à 3,000 francs ou de l'une de ces deux peines seulement.

ART. 64. — Tout individu employé dans un établissement public ou privé d'aliénés qui, volontairement, s'est rendu coupable de sévices ou voies de fait sur la personne d'un malade, est puni d'un emprisonnement de cinq jours à trois mois et d'une amende de 16 à 200 francs ou de l'une de ces deux peines seulement.

Tout gardien ou infirmier qui, par négligence ou inobservation des règlements, a compromis la santé ou la vie d'un malade confié à ses soins est puni d'une amende de 16 à 100 francs.

Le tout sans préjudice de l'application, s'il y a lieu, des peines édictées dans les articles 309, 311, 319 et 320 du Code pénal.

ART. 65. — Tout attentat à la pudeur consommé ou tenté sans violence sur la personne d'un aliéné ou idiot de l'un ou de l'autre sexe et avec connaissance de l'état d'aliénation ou d'idiotie de cette personne, est puni de la réclusion.

ART. 66. — Dans les cas prévus aux articles 62, 63, 64, et 65 ci-dessus, il peut être fait application de l'article 463 du Code pénal.

©BIUM

TITRE IV

Dispositions générales et transitoires.

ART. 67. — Des règlements d'administration publique détermineront :

1° Les devoirs et attributions des Commissions de surveillance ; des médecins-inspecteurs des aliénés ; des médecins-directeurs, directeurs, médecins en chef et adjoints, et autres fonctionnaires et employés des asiles publics ; des médecins-préposés responsables, des préposés responsables, des médecins adjoints des quartiers d'hospice ; des médecins en chef et adjoints des asiles privés faisant fonction d'asiles publics ;

2° Les conditions auxquelles sont accordées les autorisations énoncées au dernier paragraphe de l'article 2; les cas où ces autorisations peuvent être retirées ; les obligations auxquelles sont soumis les établissements privés autorisés ; les bases sur lesquelles doit être calculé le montant des cautionnements ;

3° Les conditions d'organisation et de fonctionnement des asiles privés faisant fonction d'asiles publics, ainsi que les conditions du retrait d'autorisation et de la mise en régie de ces établissements, prévues par l'article 5 de la présente loi ;

4° Les conditions d'organisation, de fonctionnement et de surveillance des établissements prévus par les deux derniers paragraphes de l'article 1er de la présente loi ; des quartiers ou locaux établis, conformément à l'article 34 de la présente loi, pour le dépôt provisoire des aliénés non encore internés, ou pour les expertises médico-légales sur l'état mental des inculpés ;

5° Les bases générales du concours des communes à la dépense des aliénés indigents, et les règles à suivre pour appliquer ces bases aux diverses communes et fixer la proportion du concours à exiger d'elles ;

6° Les conditions de recrutement, de traitement, d'avancement et de mise à la retraite des surveillants et gardiens employés dans les établissements publics d'aliénés ;

7° Et généralement toutes les mesures nécessaires à l'exécution de la présente loi.

©BIUM

ART. 68. — La présente loi est applicable à l'Algérie.

Elle est applicable aux colonies de la Guadeloupe, de la Martinique et de la Réunion, à l'exception des articles 6, 12, 45, 46, 47, 69 et du dernier paragraphe de l'article 13, sous les réserves et modifications ci-après :

Les décrets du Président de la République sont remplacés dans les cas mentionnés en l'article 5, par des arrêtés des Gouverneurs en conseil privé.

Les Gouverneurs exercent également, sans intervention nécessaire du Comité supérieur, les attributions réservées au Ministre de l'Intérieur, et règlent, en général, toutes les matières de simple administration qui se rapportent à l'application de la loi.

Les fonctions attribuées aux préfets et aux conseils de préfecture sont exercées par les directeurs de l'Intérieur et les conseils privés.

A défaut des asiles spéciaux mentionnés à l'article 38, les colonies ci-dessus désignées affecteront, dans les asiles publics ou dans les asiles privés, des quartiers particuliers au traitement des différentes catégories d'aliénés qui font l'objet des articles 37 et 38.

Toute question relative au régime des aliénés peut être, dans les cas à déterminer par le Gouvernement, soumise à l'examen du Comité supérieur.

Le mode de recouvrement des produits indiqués aux articles 42 et 43 sera déterminé par le règlement d'administration publique prévu à l'article 67.

Il n'est point dérogé, par la présente loi, à la distinction établie par les actes en vigueur aux colonies, entre les dépenses de l'Etat et les dépenses locales.

ART. 69. — La loi du 30 juin 1838 est abrogée ; toutefois, celles de ses dispositions visées par l'ordonnance du 18 décembre 1839 qui ne sont pas contraires à la présente loi, restent en vigueur jusqu'à la promulgation des règlements d'administration publique mentionnés à l'article 67, qui seront rendus pour l'exécution de la présente loi.

Un délai de cinq ans, qui pourra être prorogé sur l'avis du Comité supérieur des aliénés, est accordé au Gouvernement pour l'organisation du service des médecins-inspecteurs.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 23 MAI 1887.

Présidence de M. MAGNAN.

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

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre du secrétaire général de la Société de médecine mentale de Belgique, invitant la Société médico-psychologique de Paris à lui faire parvenir le rapport sur la classification des maladies mentales. Renvoyé à la commission chargée de la rédaction de ce rapport, commission composée de MM. Magnan, Christian et Paul Garnier.

2° Une lettre de candidature au titre de membre associé étranger, de M. le Dr Bettencourt-Rodrigues, de Lisbonne. Une commission composée de MM. Ball, Briand et Rouillard est chargée d'examiner les titres du candidat.

3° Une lettre de remerciements de M. le Dr Pichon, lauréat du prix Esquirol.

4° Une lettre adressée par le comité de direction du Palais des sociétés savantes, invitant la Société à coopérer à un punch offert aux membres des sociétés savantes des départements. Vote d'adhésion à cette proposition.

5° Une lettre de M. le Dr Topinard, relative à une Carte de la répartition de la couleur des yeux et des cheveux.

La correspondance imprimée comprend :

1° Une brochure de M. Thore : *Une force nouvelle!*

2° Un travail de M. le Dr Rieger, intitulé : *Ein Fall von anfallsartig auftretenden Zuständen von Verlust der lauten Stimme.*

3° Une brochure de M. le Dr Ramaer (Hollande).

©BIUM

Rapports de candidature.

M. Jules Voisin. — Messieurs, vous avez nommé une commission composée de MM. Falret, Briand et Jules Voisin, pour faire un rapport sur la candidature de M. le Dr Chaslin, au titre de membre titulaire de notre Société.

M. Chaslin à l'appui de sa canditure a fait hommage à la Société de sa thèse intitulée : « *Du rôle du rêve dans l'évolution du délire.* » L'auteur a fait preuve dans ce travail condensé et précis, d'une érudition étendue et sûre ; il a voulu rappeler l'attention sur un sujet peut-être un peu trop oublié de nos jours et dont les détails se trouvent épars dans un grand nombre d'ouvrages qui ont paru surtout dans la première moitié de ce siècle. Le rêve peut intervenir à tous les moments de la folie, précéder, accompagner les manifestations délirantes et même leur survivre. C'est particulièrement chez les dégénérés, les hystériques, les névropathes que l'on peut voir évoluer un délire sous l'influence de la préoccupation causée par un rêve. L'idée délirante s'impose pendant le sommeil, et après une répétition qui peut durer plusieurs nuits, elle finit par s'installer chez l'individu à l'état de veille et par le dominer entièrement. C'est ce qui ressort clairement d'une observation prise à ma consultation externe à la Salpêtrière, par M. Chaslin, alors qu'il était mon interne. Il s'agit d'une femme avec stigmates d'hystérie et de dégénérescence, émotive depuis son enfance, qui, à la suite d'un rêve où elle tranchait la tête à son mari et à son enfant avec un couteau, est poursuivie par la crainte de faire du mal aux siens et présente un véritable délire mélancolique avec conscience.

M. Chaslin, après Lasègue, insiste sur l'importance du rêve à répétition, du rêve obstiné, qui revient pendant plusieurs nuits. Il montre bien que c'est un esprit déjà prédestiné qui peut présenter ce phénomène et que ce dernier est un indice important pour le médecin. Il ajoute avec Maudsley que l'étude spéciale des songes, qui remonte à l'antiquité grecque et même plus haut, devrait être abordée de nouveau avec soin à propos

©BIUM

d'autres maladies que l'aliénation. C'est cette étude que l'auteur se propose de poursuivre ultérieurement.

J'ajouterai que M. Chaslin a suivi la voie des concours. Il a été interne des hôpitaux de Paris, et il vient tout récemment, après un concours très brillant, d'être nommé médecin adjoint de Bicêtre.

Nous croyons donc, Messieurs, devoir recommander à vos suffrages ce jeune médecin des hôpitaux, dont le mérite et l'ardeur pour la science assureront à notre Société des travaux dont elle sera la première à profiter.

Les conclusions du rapport de M. J. Voisin sont adoptées et M. Chaslin est, à l'unanimité, nommé membre titulaire.

M. ROUILLARD. — Messieurs, vous avez chargé une commission composée de MM. Charpentier, Cotard et Rouillard, rapporteur, de faire un rapport sur la candidature de M. le Dr Hall au titre de membre associé étranger.

M. Hall, actuellement à Paris pour se perfectionner dans ses études, est depuis 1882 médecin assistant à l'asile d'aliénés de Northampton dans l'Etat de Massachussetts (Etats-Unis).

Reçu docteur en 1879 par la Faculté de médecine de Harvard University à Cambridge, M. Hall s'est, depuis cette époque, occupé spécialement de médecine mentale. Il a publié un grand nombre d'articles dans les différents journaux médicaux du nouveau monde. On nous permettra de n'en pas faire l'énumération. Je ne citerai que le plus important, publié en 1883 dans le journal *Medico-chirurgical* de Boston sur la manie épileptique. Ce travail traite spécialement le point de vue médico-légal de la question, et étudie avec beaucoup de détails, avec une grande érudition, les cas dans lesquels l'excitation se produit soudainement sans beaucoup de symptômes, ou même sans symptômes préliminaires.

M. Hall soutient cette thèse, qu'un homme atteint d'épilepsie, mais jouissant de toute sa raison en dehors des moments de crise, doit bénéficier des doutes qui s'élèvent sur le point de savoir si, au moment du crime, il se trouvait ou non en état d'épilepsie, et doit être déclaré irresponsable.

©BIUM

Entre autres cas rapportés dans ce travail, citons celui d'un homme atteint d'épilepsie et sujet à de fréquentes crises, qui, sans aucun symptôme préliminaire, se précipita tout d'un coup d'une fenêtre, où il se livrait aux violences les plus excessives, sur les personnes qu'il put atteindre, et la crise passée, reprit tout d'un coup un calme parfait, sans garder aucune trace de l'excitation qu'il venait d'éprouver. Cet homme fut, après le procès, envoyé à l'asile de Northampton, où ses facultés mentales baissèrent de plus en plus et où ses attaques d'épilepsie augmentèrent de fréquence et d'intensité.

M. Hall cite encore de nombreux cas à l'appui de son dire, et met en relief ce fait bien connu que les épileptiques peuvent à certains moments faire preuve des facultés les plus élevées.

M. Hall a fait de nombreuses communications à la Société médicale de l'Etat de Massachussetts et à la Société du Comté de Hampshire.

En somme, Messieurs, en admettant parmi vous M. Hall, vous récompenserez les efforts d'un jeune confrère, savant et travailleur, vous lui donnerez un précieux encouragement pour l'avenir et vous raffermirez par un lien de plus la confraternité qui unit les aliénistes des Etats-Unis aux aliénistes de France.

Les conclusions du rapport de M. Rouillard sont adoptées, et M. Hall est nommé, à l'unanimité, membre associé étranger.

Un cas d'erythrasma. — Présentation du malade.

M. Chambard. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter un garçon de trente-trois ans, quelque peu imbécile et interné à Ville-Evrard à la suite d'un accès de délire alcoolique, porteur de deux affections cutanées assez rares : l'une, du domaine de la dermatologie pure, ne nous occupera qu'en passant, l'autre, plus intéressante pour des neurologistes, mérite de fixer plus longtemps notre attention.

Ce malade porte à la région inguino-crurale, de chaque côté, en rapport avec le scrotum qu'ils débordent quelque peu, deux placards érythémato-pigmentaires à bords arrondis, nets et légèrement surélevés, dont la

©BIUM

surface d'un rouge brun peu marqué est sèche, légèrement squameuse et se couvre, par un grattage énergique, de très fines squames furfuracées. Remontant à une époque très ancienne, stationnaire et très peu prurigineuse d'ailleurs, cette dermatose est une *Erythrasma ;* très faiblement contagieuse, elle est causée par la végétation dans les couches superficielles du stratum cornéum de l'épiderme, d'un parasite, le *microsporon minutissimum* de Burckhardt, que de très forts grossissements microscopiques permettent seuls d'étudier d'une manière approfondie. Signalé dès 1859 par Burckhart et dès 1862 par Von Barensprung, oublié, puis redécouvert en 1879 par M. E. Besnier, l'Erythrasma a été, de la part de mon ami Balzer, l'objet d'un intéressant travail que vous trouverez dans les *Annales de dermatologie* (n° 12, 1883).

Par son affection cutanée, le malade se rapproche de la *femme autographique* que M. Dujardin-Beaumetz a présentée le 11 juillet 1879 à la *Société médicale des hôpitaux* et dont vous pourrez lire l'observation rédigée par mon ancien collègue Dubar, dans le même recueil (n° 1, 1880). Vient-on à tracer sur sa peau à l'aide d'une pointe mousse, des caractères ou des figures quelconques, vient-on à exercer sur son tégument une certaine pression à l'aide d'un corps étranger tel qu'un lien circulaire ou un cachet, l'on voit ces caractères, ces traits, ou ces empreintes se dessiner d'abord sous forme de lignes pâles, anémiques, très fugitives, puis sous celle de traînées rouges, congestives qui se transforment en quelques minutes en saillies papuleuses, blanches au centre et rosées sur les bords, mettant plusieurs heures à s'effacer. Il est donc possible, chez notre sujet, de produire au moyen d'une faible excitation mécanique de la peau et même des dermo-muqueuses, un véritable *urticaire expérimental* qui ne diffère des autres formes d'urticaire et de la fièvre ortiée que par son étiologie et son caractère absolument aprurigineux.

Le mécanisme de cet urticaire ne diffère sans doute pas de celui des autres formes de cette affection générique : il a été très bien exposé par M. Vulpian dans ses leçons sur les vaso-moteurs, ainsi que par mon maître et ami, le professeur Renaut, dans son article

©BIUM

Dermatoses du *Dictionnaire encyclopédique*, et je n'y insisterai pas au cours de cette rapide communication.

Son étiologie est beaucoup plus obscure. L'excitation mécanique du tégument paraît être sa condition déterminante la plus active, car si le simple contact de la peau avec un corps étranger suffit à le produire avec la plus grande facilité et avec la netteté la plus frappante, les excitations chimiques, thermiques, électriques que nous avons tour à tour essayées sont loin de donner des résultats aussi manifestes. C'est aussi en vain que j'ai fait ingérer à mon malade les aliments les plus indigestes et notamment quelques douzaines de moules qui n'ont produit, chez lui, qu'un désir non dissimulé de recommencer l'expérience.

Les conditions prédisposantes à la variété d'urticaire expérimentale dont j'ai l'honneur de vous entretenir sont encore moins bien déterminées. La plupart des sujets, très peu nombreux d'ailleurs, chez qui elle a été constatée, notamment la forme autographique de M. Dujardin-Beaumetz et quelques autres dont l'histoire est rapportée en quelques lignes dans différents traités de pathologie nerveuse parmi lesquels je vous signalerai l'*Iconographie photographique de la Salpêtrière*, étaient des femmes hystériques ; le nôtre, au contraire, et c'est ce qui rend son cas encore plus rare et plus intéressant, est un homme, un peu débile, mais ne présentant aucun des stigmates physiques et psychiques de l'hystérie (2).

Cas de paralysie générale hypochondriaque avec attaques hystériformes.

M. CHAMBARD.— Messieurs, c'est avec raison que notre distingué collègue, M. Christian, a récemment insisté sur les difficultés que peut offrir le diagnostic de la paralysie générale (2); d'une constatation ordinairement facile, cette affection est cependant la source de la plupart des erreurs que peut commettre un aliéniste,

(1) L'histoire complète de ce cas sera prochainement publiée dans les *Archives de neurologie*.

(2) CHRISTIAN. — Des difficultés que présente le diagnostic de la paralysie générale, *Annales médico-psychologiques*, 1884.

©BIUM

et l'on peut dire que s'il faut souvent la soupçonner lorsqu'elle paraît douteuse, il n'est pas moins nécessaire de douter quelquefois lors même qu'elle semble évidente. Cette attention toujours en éveil unie à cette extrême prudence sont d'autant plus légitimes qu'au point de vue pratique, le diagnostic de la paralysie générale est d'un intérêt capital.

Envisagé d'une manière synthétique, le complexus morbide qui nous occupe se compose de trois ordres de symptômes : la parésie ataxique de la motilité, l'affaiblissement intellectuel et le délire ; mais les cas ne sont pas rares où l'un des termes de cette triade symptomatique venant à manquer, au moins au moment de l'observation, le tableau clinique demeure fruste et comme inachevé. Chacun est édifié sur la grande valeur sémiologique des troubles de la motilité associés à un certain degré de démence relative; mais lorsque le délire apparaît seul, est-il assez caractéristique pour permettre de décider, avec quelque probabilité, s'il est ou non symptomatique d'une méningo-encéphalite diffuse ?

Je ne saurais, Messieurs, prétendre discuter et encore moins résoudre à l'aide d'un fait isolé, une question aussi difficile et l'observation que j'ai l'honneur de vous soumettre n'a de valeur qu'à titre de document à joindre au procès ; vous remarquerez cependant l'appoint qu'elle fournit aux idées déjà anciennes de notre éminent maître, M. Baillarger, sur la spécificité du délire hypochondriaque des paralytiques et la coexistence avec le délire de ces crises hystériformes, encore incomplètement étudiées sur lesquelles, dans ces dernières années, quelques-uns de nos collègues ont attiré l'attention.

Le 20 décembre 1886, entrait à Ville-Evrard, dans la division dont mon excellent chef, M. le Dr Espiau de Lamaëstre veut bien me confier, en partie, le service médical, un homme de trente-quatre ans, nommé Henri L... exerçant le métier de typographe ; le certificat d'internement, délivré par M. Capitan, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu, le déclarait atteint de monomanie avec délire agressif et celui de M. Magnan était ainsi conçu : « Dégénérescence mentale avec troubles de la sensibilité générale, préoccupation hypochondriaque et excitation passagère. »

©BIUM

Les renseignements que j'ai pu obtenir sur les antécédents héréditaires et personnels de Henri L... m'ont été fournis, non par le malade lui-même, dont je n'ai guère pu tirer que des récriminations et des gémissements, mais par sa femme qu'il ne m'a été donné de voir qu'une seule fois au milieu de l'affluence du parloir : aussi sont-ils assez incomplets.

Son père, mort à soixante-quatorze ans, d'un érysipèle, exerçait la profession d'imprimeur. C'était un homme bon, sobre et raisonnable. — *Sa mère*, morte à soixante-treize ans d'une pneumonie, était, au contraire, « originale, extravagante, ayant ses idées à elle et sans suite dans ses idées » ; elle se faisait remarquer par la bizarrerie de son accoutrement. Bien qu'elle n'eût pas de véritables attaques de nerfs, elle était très nerveuse, très impressionnable, avait toujours le « cœur gros » et pleurait sans rime ni raison; — une *tante maternelle*, a toujours été originale et habite depuis longtemps, en qualité « d'admise », la Salpêtrière; — des deux *frères* du malade, l'un, mort d'une « embolie », était doux et raisonnable ; mais l'autre se grise volontiers, il a cependant la tête solide et supporte admirablement ses excès bacchiques, — L..., enfin, a *une fille* âgée de trois ans et déjà « nerveuse ».

L'existence de notre sujet n'a présenté, jusqu'à ces dernières années, rien de bien remarquable : d'un caractère doux, d'une intelligence moyenne, bon ouvrier, aussi sobre que le permet « le métier », exempt d'ambition, ne se mêlant ni de politique, ni de controverses religieuses, un peu impressionnable pourtant et ayant hérité des larmes faciles de sa mère, il menait une vie calme et régulière. Il n'a jamais eu, que l'on sache, de maladie vénérienne et, jusqu'au début présumé de son affection actuelle, sa santé n'a jamais paru sérieusement compromise.

Il y a trois ans, L... fut pris dans un engrenage qui lacéra ses vêtements sans lui faire, d'ailleurs, de graves blessures. Il n'en fut pas moins fortement secoué et, dès lors, apparurent tous les mois des « crise nerveuses » qui se renouvelaient cinq ou six fois par jour pendant deux ou trois jours consécutifs : tout à coup, il pâlissait, se sentait faiblir et avait juste le temps de se jeter sur

©BIUM

son lit avant de perdre connaissance. Il ne poussait aucun cri, n'écumait pas, ne se débattait pas et ressemblait plutôt à « une femme qui se trouve mal. »

Depuis un an environ, les caractères de ces crises se sont modifiés. Ce sont maintenant de véritables « attaques de nerfs » avec mouvements convulsifs, au début desquelles le malade sent « quelque chose qui lui remonte à la gorge. » En outre, son intelligence a subi, depuis deux ans, un affaiblissement dont il se rendait lui-même compte et sa mémoire surtout a notablement diminué.

Dès les premières crises, L... consulta un médecin qui déclara que « c'était nerveux » et lui prescrivit du bromure de potassium. Il continua ce médicament longtemps et à des doses assez élevées, jusqu'à quatre cuillerées par jour de sirop de Laroze ; aussi est-ce à son abus que sa femme attribue une dyspepsie avec vomissements qui tourmenta le malade dans ces derniers temps et pour laquelle il se fit admettre à l'Hôtel-Dieu. Il y aurait été regardé comme un « hystérique » et c'est là qu'éclatèrent les manifestations délirantes qui, rendant son séjour dans une salle d'hôpital intolérable, ont nécessité son internement dans un asile d'aliénés.

L... est un homme au-dessous de la moyenne, un peu maigre, d'une pâleur grisâtre et comme terreuse : il est, d'ailleurs, bien conformé et ne présente aucun stigmate bien apparent de dégénérescence.

Le malade se présente à nous sous trois aspects différents qui, sous l'influence des moindres excitations, se succèdent avec une grande rapidité.

A l'état de calme, il est inerte et abattu : immobile sur sur sa chaise, replié et affaissé sur lui-même, le regard atone, la physionomie triste et anxieuse, la respiration lente et faible entrecoupée de profonds soupirs, les extrémités froides, il répond avec lenteur et à voix basse aux questions qui lui sont posées. Son attitude est celle d'un lypémaniaque, plongé dans une demi-stupeur et son facies a cette expression d'anxiété indéfinissable qui est propre aux hypochondriaques.

Sous l'influence d'une *excitation légère*, pressé par un interrogatoire prolongé ou secoué par une objurga-

©BIUM

tion un peu vive, L... se réveille et se redresse. Sa figure s'anime, sa voix prend de la force, il se plaint de l'état de sa santé et récrimine sur le régime alimentaire et médical auquel il est soumis. Les conceptions hypochondriaques les plus absurdes se font alors spontanément jour, appuyées des gestes les plus expresifs : « Vous ne connaissez rien à mon mal, » s'écrie-t-il avec désespoir. —« Vous ne voyez donc pas, ajoute-t-il, en appuyant les mains sur son épigastre, que mon corps se retire, se rétrécit, que plus j'appuie dessus, plus ça rentre ; je n'offrirai jamais un corps comme celui-là à ma femme. » Bientôt, à ces sensations de rétrécissement, d'anéantissement, en succèdent d'autres de signe contraire : « Mon cou s'allonge, il est deux fois plus long que tout à l'heure ; mes bras s'allongent, tout s'allonge. » A d'autres moments, ce sont différents organes qui n'existent pas ou sont réduits à l'impuissance : le malade n'a plus de peau, il nous met la main dans sa bouche pour nous faire constater la disparition de sa langue ; ses aliments s'arrêtent au niveau du creux épigastrique, puis l'estomac n'existant plus, tombent dans la cavité abdominale qu'ils rempliront bientôt, ne pouvant être évacués par l'anus qui est bouché. Ou bien, au contraire, la nourriture est insuffisante : « Il n'y a pas de quoi nourrir une mouche. » Un jour, L... me présente son mouchoir et me montre qu'il mouche sa cervelle « qui va diminuant chaque jour. » Toutes ces plaintes sont formulées d'une voix dolente, mais forte et d'un timbre tout particulier, presque sinistre : à chaque instant, le patient nous assure que nous ne connaissons rien à son mal, que nous nous trompons, ce qui était d'ailleurs un peu vrai, à ce moment, du moins, de l'observation.

Spontanément quelquefois, mais le plus souvent sous l'influence d'une excitation quelconque, L... est pris de *crises hystériformes*. Ses plaintes redoublent, il s'agite sur son siège, pousse des soupirs, des eructations bruyantes ; il oppose aux gardiens qui veulent l'emmener une résistance plus passive, il est vrai, que violente : « Où me conduisez-vous, s'écrie-t-il, à l'amphithéâtre ? » Bientôt, il se laisse tomber à terre, porte ses mains à sa gorge comme pour arracher un corps étranger qui l'étrangle, se débat, se soulève en arc de cercle, se roule

©BIUM

en gémissant, en récriminant contre notre barbarie, notre ignorance, annonce sa mort prochaine, arrache ses vêtements et se met presque nu, envoie enfin des coups de pied à ceux qui veulent le relever. Après une agitation assez vive d'une dizaine de minutes, le malade se calme un peu et se laisse asseoir sur une chaise ou coucher sur son lit.

Malgré l'état de dépression générale dans lequel il se trouve, les fonctions organiques s'exercent chez L... d'une manière assez satisfaisante, et si ses préoccupations hypochondriaques l'entraînent quelquefois à repousser une nourriture que la perte de sa langue et l'obstruction de son estomac ne lui permettent ni d'avaler, ni de digérer, ces velléités sitiophobiques ne tiennent pas longtemps à la vue de la sonde œsophagienne. Les fonctions sensitives et motrices étaient également normales et nous n'avons pu constater à l'entrée du malade, non plus qu'à une époque très voisine de la mort, ni stigmates physiques d'hystérie, ni *symptômes somatiques de paralysie générale.*

Le diagnostic du cas intéressant que je viens de vous exposer, n'était pas, Messieurs, sans présenter quelques difficultés. Sans doute, le délire hypochondriaque de notre malade offrait tous les caractères essentiels de celui que M. Baillarger a si bien décrit chez les paralytiques généraux ; mais les phénomènes somatiques, si nécessaires au diagnostic certain de la démence paralytique, faisaient entièrement défaut et les antécédents héréditaires de L..., ainsi que ses attaques hystériformes, semblaient le ranger dans la classe si nombreuse et si mal définie des névropathes. Nous savions, enfin, qu'à l'Hôtel-Dieu, on l'avait regardé comme un hystérique et le certificat de M. Magnan, lui-même, que nous prenons si souvent pour guide, en le présentant comme un dégénéré, était muet sur la possibilité de la paralysie générale. Nous résolûmes donc, les internes du service et moi, de suspendre notre diagnostic jusqu'à plus ample informé.

Du 20 décembre 1886, date de l'entrée du malade à la fin de janvier 1887, il ne survint dans son état rien de bien particulier : l'agitation, cependant, loin de se calmer, augmenta au point que nous fûmes obligés de

©BIUM

le transférer de l'infirmerie, où nous l'avions d'abord placé, au quartier des agités.

Le 28 janvier, nous trouvâmes L.... alité : il nous parut avoir maigri ; sa peau était chaude et sèche (T. R. 39°2.) ; le pouls fréquent (140 P.) ; la langue sèche, rouge et chagrinée : ces phénomènes nous firent soupçonner une pneumonie et l'examen du thorax nous permit, en effet, de constater de la matité, des râles crépitants, et du souffle au niveau de toute la moitié supérieure du poumon droit. Bien qu'il eût encore sa connaissance et répondît aux questions qui lui étaient adressées, le malade se livrait, dès qu'on ne fixait plus fortement son attention, à un bavardage incohérent accompagné d'une gesticulation tragique : « On m'a tué, disait-il de sa voix sépulcrale, on m'a brisé, on ne retrouvera pas mon corps demain ; je n'ai plus de corps, plus de cervelle.... mon corps se retire ; tout s'en va !... C'est la mort ! c'est la mort ! »

Des faits nouveaux et d'une importance capitale pour le diagnostic nous frappèrent ce jour-là : nous découvrîmes, en auscultant le malade, une eschare encore très superficielle, d'environ deux centimètres de diamètre, siégant vers le milieu de la région dorso-vertébrale et nous constatâmes une inégalité pupillaire modérée, mais manifeste. Aussi, bien qu'il n'existât encore ni tremblement ataxique des muscles faciaux, ni embarras de la parole qui restait, au contraire, remarquablement nette, crûmes-nous pouvoir porter, avec quelque probabilité, le diagnostic de *paralysie générale avec délire hypochondriaque et attaques hystériformes.*

Ainsi que le disait L..., c'était la mort ! Le lendemain, 27 janvier, il était silencieux, abattu et, à nos question sur sa santé, répondait d'une voix étranglée : « Vous vous êtes trompés !... Nous sommes tous morts ! » — La pupille droite était toujours dilatée, mais ce jour-là encore, il n'existait aucun trouble de la prononciation. Le surlendemain, 30 janvier, la faiblesse était encore plus grande et le malade avait à peine la force de parler : il mourut dans la soirée.

L'autopsie a été faite vingt-cinq heures après la mort avec le concours de nos excellents internes et

©BIUM

amis, MM. Gilles et Henry. — En voici les principaux résultats :

CAVITÉ CRANIENNE. — Les parois osseuses du crâne et la dure-mère ne présentent rien de particulier. — Pas d'athérome des artères encéphaliques; intégrité des lobes olfactifs. — Protubérance, cervelet et bulbe macrosopiquement sains. — *Granulations très apparentes à la surface des ventricules et surtout sur le plancher du ventricule bulbo-cérébelleux.*

Pesées de l'encéphale.	Hémisphère cérébral droit.... 492	} 1.012	
— —	Hémisphère cérébral gauche. 520		
— —	Protubérance, cervelet et bulbe.....170		
			1182

Hémisphère cérébral droit. — Œdème de l'arachnoïde et légère opalescence de la pie-mère au niveau de toute la région frontale de la face externe de l'hémisphère ; soudure des lèvres de la scissure sylvienne par un pont de pie-mère fortement épaissie. — *Ramollissement très étendu et très profond de la substance corticale dans son épaisseur, occupant, à la face externe, les trois frontales antéro-postérieures dans toute leur longueur, la frontale ascendante, la moitié inférieure de la pariétale ascendante, l'insula avec la région rétroinsulaire dans sa totalité et toute la longueur des temporales ; à la face inférieure, les lobules olfactif et orbitaire et à la face interne, la frontale interne et la circonvolution du corps calleux, jusqu'à la scissure perpendiculaire interne.* On produit avec facilité les crêtes de Baillarger. Rien sur les coupes de l'hémisphère.

Hémisphère cérébral gauche. — Les lésions corticales de l'hémisphère gauche sont *symétriques à celles de l'hémisphère droit ;* mais elles sont beaucoup moins prononcées et infiniment moins étendues. On y voit, au lieu de vastes nappes de ramollissement diffuses et presque entièrement confondues les unes avec les autres, des *excoriations bien circonscrites,* beaucoup moins profondes et n'ayant que quelques millimètres de diamètre. Les circonvolutions frontales et temporales en sont parsemées ; mais la région du cap de la troisième frontale ainsi que l'insula en sont indemnes. Il est rare de rencontrer, au cours des autopsies de paralytiques

©BIUM

généraux, une répartition de lésions aussi inégale dans les deux hémisphères. — Rien sur les coupes de l'hémisphère pratiquées, comme pour l'hémisphère droit, d'après la méthode de Pitres.

Cavité thoracique. — Cœur sain. — Poumon droit: lobes supérieur et moyen sains ; hépatisation grise massive de tout le lobe supérieur. — Poumon gauche : congestion généralisée ; quelques nodules de pneumonie lobulaire au second degré au voisinage du hile de l'organe.

Cavité abdominale. — Foie, rate et reins normaux.

I. — C'est à M. Baillarger que revient l'honneur d'avoir décrit la paralysie générale à forme hypochondriaque. Dans un certain nombre de mémoires et de communications aux Sociétés savantes (1), cet aliéniste éminent a démontré l'existence, chez un certain nombre de paralytiques, d'un délire hypochondriaque spécial, souvent prémonitoire et d'une valeur sémiologique comparable à celle du délire ambitieux : ses idées devinrent rapidement classiques et ce n'est que sur le plus ou moins de spécificité de l'hypochondrie paralytique que l'on discute aujourd'hui.

Le délire hypochondriaque symptomatique de la paralysie générale participe aux caractères généraux que M. Falret (2) a assignés à toutes les manifestations délirantes de cette affection et en présente quelques autres, moins constants et moins importants d'ailleurs, sur lesquels M. Baillarger a justement attiré l'attention. Comme le délire ambiteux, il est multiple, mobile et absurde. Généralement associé, ainsi que le remarque Pinel neveu (3), à des préoccupations lypémaniaques de toute nature, il peut ainsi coexister avec des conceptions délirantes expansives, comme chez ce malade de A. Voisin (4) à qui on ouvrait le ventre pour lui soustraire ses

(1) Baillarger. — Note sur le délire hypochondriaque considéré comme signe et symptôme précurseur de la paralysie générale, lue à l'Institut—séance du 17 novembre 1860— Appendice à la traduction de Griesinger, 1869. — *Annales médico-psychologiques*, 1860.

(2) Falret. — *Recherches sur la folie paralytique et les diverses paralysies générales.* — Thèse de Paris, 1853.

(3) Pinel neveu. — *Annales méd.-psych.* 1859.

(4) A. Voisin. — *Traité de la paralysie générale des aliénés*, 1879.

©BIUM

vertèbres en or ou alterner avec elles, et son absurdité éclate à la lecture des observations aussi bien qu'à l'examen clinique le plus sommaire : quelquefois, cependant, au dire de M. Baillarger, le délire hypochondriaque présenterait, à son début, assez de logique pour simuler l'hypochondrie non délirante. — Parmi ces caractères accessoires, je rappellerai, Messieurs, la soudaineté de son début ou de sa disparition, le peu d'empressement que quelques-uns de ceux qui en sont affectés, bien différents en cela des véritables nosomanes, mettent à se plaindre de leurs maux et le ralentissement de la nutrition, la tendance aux troubles trophiques qui l'accompagnent à une période même peu avancée de son évolution.

II. — Ainsi que l'a très justement remarqué Michéa (1). le délire qui nous occupe paraît être d'origine sensorielle et reconnaître pour cause des troubles de la sensibilité générale ou plus rarement, il est vrai, des sensibilités spéciales.

La sensibilité générale est cet ensemble de sensations qui nous avertissent des anomalies de fonctionnement de nos organes. Ces sensations sont inconscientes, à l'état normal, parce qu'elles sont faibles, uniformes et continues et ce n'est que grâce à un effort d'attention que nous pouvons en percevoir quelques vestiges; mais à l'état pathologique, que la quantité moyenne d'excitation vienne à décroître ou à augmenter, nous sommes avertis de cette rupture d'équilibre comme l'est, ainsi que le remarque Axenfeld (2), le dormeur par l'exagération ou la cessation subite du bruit qui berce habituellement son sommeil et cet avertissement, d'abord agréable, dans certains cas du moins, ne tarde pas à se convertir en une sommation douloureuse. C'est à ce trouble de la sensibilité générale et aux hallucinations qui en découlent que l'on peut rapporter la plupart des conceptions délirantes des hypochondriaques paralytiques et peut-être sera-t-il permis d'en chercher le substratum anatomique, lorsque les fonctions sensitives et les lésions du grand sympathique seront mieux con-

(1) Michéa. — *De l'analgésie chez les aliénés*, in *Gazette hebdomadaire*, 1856. — *Ann méd.-psych.* 1864

(2) Axenfeld. — *Archives générales de médecine*, 1868.

©BIUM

nues. Certains faits anatomo-pathologiques signalés par Bonnet et Poincaré semblent déjà légitimer cet espoir (1).

A l'anesthésie diffuse ou partielle de la sensibilité générale, l'on peut rattacher, dans cette hypothèse, *le délire des négations* dans lequel les paralytiques se croient privés d'un ou de plusieurs de leurs organes et même, pour employer l'expression de Michéa, lorsque l'analgésie de la sensibilité générale est complète, se croient morts. Notre malade nous offre un exemple bien net d'acœnesthésie partielle : il n'avait plus de langue, plus d'estomac, plus de peau et l'extension de jour en jour croissante de cette sensation négative lui inspirait au sujet de sa mort prochaine des pressentiments qui, pour être théoriquement absurdes, n'étaient pratiquement que trop bien justifiés.

L'hyperesthésie se traduit rarement par des sensations positivement douloureuses; cependant un malade de M. A. Voisin sentait quelque chose qui lui rongeait le ventre. Elle se traduit, le plus souvent, par une sensation de gêne, de constriction, d'obstruction. Beaucoup de malades, et L... est du nombre, se figurent que leur œsophage, leur estomac, leurs intestins, leur larynx sont bouchés et ces sensations qui peuvent d'ailleurs tenir, dans certains cas, à un véritable spasme fonctionnel des parois musculaires de ces canaux, ont souvent la sitiophobie pour conséquence logique : à quoi bon manger, si les aliments, arrêtés avant de parvenir à l'estomac, ne « profitent pas », ou s'ils doivent s'accumuler dans le ventre sans que l'anus obturé permette aux résidus de la digestion de s'avancer au dehors.

Il est de ces troubles de la sensibilité générale qui sont de véritables illusions ou de véritables hallucinations. Telles sont ces sensations bizarres d'expansion ou de rétrécissement qu'accusent beaucoup de sujets et sur lesquelles le nôtre insistait si vivement. Tantôt, dans le délire micro-maniaque de Materne (2), le patient sent une partie ou même la totalité de son individu se rape-

(1) Bonnet et Poincaré. — *Recherches sur l'anatomie pathologique et la nature de la paralgsie générale*, 1874.
(2) Materne. — Thèse de 1869.

©BIUM

tisser peu à peu et se réduire à rien : « Vous ne voyez donc pas, s'écriait L... avec désespoir, que mon corps se rétrécit, que plus j'appuie dessus, plus ça rentre » ; tantôt le malade se sent grandir, gonfler, allonger et le nom de délire macro-maniaque pourrait être donné, par opposition, à cette forme plus rare ou moins connue, dont le sujet de notre observation présente un exemple. La sensation de rapetissement général peut être assez intense pour déterminer une véritable amnésie du sentiment de la personnalité : quelques malades se croient transformés en nains et une malade de Materne, se voyant revenue à la première enfance, voulait absolument coucher dans un berceau.

A ces formes micro-maniaques et macro-maniaques des hallucinations causales du délire hypochondriaque des paralytiques, l'on pourrait en ajouter une nouvelle et donner, s'il n'était aussi mauvais que les précédents, le nom de délire polymaniaque à l'illusion de ces malades qui se sentent possesseurs d'organes doubles ou surnuméraires. Tel était cet individu qui, ayant conscience de l'embarras de sa parole et probablement des troubles musculaires qui en étaient la cause, se figurait avoir deux langues dont l'une, accessoire, s'enroulait autour de l'autre pour l'empêcher de fonctionner convenablement.

Les troubles de la sensibilité générale que nous venons de passer rapidement en revue, peuvent se compliquer d'amnésie sensitive : non seulement les malades n'ont pas la sensation d'exister, mais ils ne se souviennent pas de l'avoir eue. La chaîne des sensations générales dont la continuité et la concordance sont, à l'état normal, la principale cause de la notion que nous possédons de notre existence et de notre identité est rompue et les premiers chaînons en sont perdus. Les paralytiques croient alors n'avoir jamais existé ou bien, accaparés par des sensations nouvelles qu'aucun souvenir ne corrige, ils changent de personnalité. Un malade cité par M. A. Voisin disait avoir changé de corps avec un camarade, un autre dont Mickle (1) rapporte l'histoire était

(1) J. Mickle. — *General paralysis of the Insane*, 1886.

©BIUM

la sainte vierge Marie et même, en vertu d'un véritable dédoublement de la personnalité, Adam et Eve. Le même sujet était le jouet d'une illusion plus singulière encore : il prétendait quelquefois être le Palais de cristal en personne.

Les troubles de la sensibilité spéciale jouent dans l'évolution du délire hypochondriaque des paralytiques un rôle beaucoup moins important que ceux de la sensibilité générale; il est cependant difficile de rapporter à une autre cause qu'à des illusions ou à des hallucinations de l'odorat et probablement du goût, le dire des malades qui se croient « pourris ». Bien que plus rares encore, les hallucinations de la vue peuvent, tout au moins, être suggérées par celles de la sensibilité générale : un malade de M. A. Voisin, atteint de « délire micro-maniaque », voyait se rapetisser en même temps que lui-même, les personnes, les animaux et les arbres qui l'entouraient.

III. — Le diagnostic de la paralysie générale hypochondriaque n'offre aucune difficulté lorsqu'au délire, dont nous venons d'esquisser les principales formes, se mêlent des idées de grandeur absurdes et s'ajoutent les symptômes physiques habituels de la méningo-encéphalite diffuse; nous connaissons dans le service dont nous sommes chargé à Ville-Evrard, un certain nombre de ces malades, sur le compte desquels il ne peut exister la moindre incertitude.

Il en est autrement lorsque le délire hypochondriaque existe seul, au moins au moment de l'observation. Tel est le cas de notre malade et nous voyons par les certificats qui l'accompagnent que non seulement le chef de clinique du service de l'Hôtel-Dieu dans lequel il avait d'abord été placé, mais encore un aliéniste de la valeur de M. Magnan semblent avoir hésité à se prononcer à son sujet. Pour nous, tout en soupçonnant une paralysie générale hypochondriaque, nous le regardâmes d'abord comme un dégénéré hystéro-hypochondriaque, et ce n'est que peu après sa mort que nos yeux furent décidément ouverts à la vérité par l'apparition de l'inégalité pupillaire et des eschares. A aucun moment de l'observation, nous ne pûmes constater chez L... ni idée ambitieuse, ni aucun trouble de l'articulation des mots.

©BIUM

M. Baillarger, il est vrai, regarde le délire hypochondriaque tel qu'il l'a décrit et que le présentait notre malade, comme spécifique, propre à la paralysie générale ; malheureusement cette manière de voir a rencontré de nombreux contradicteurs. Si Dufour, en 1860 (1), a publié quelques observations conformes aux assertions de ce maître, Michéa (2), (Moreau de Tours) (3), M. A. Voisin ne l'ont admise qu'avec quelques réserves que Pinel neveu, Linas (4), Marcé (5), Materne, M. Cotard (6), J. Mickle, MM. Christian et Ritti (7) ont encore accentuées. Sans prendre part au débat, nous nous bornerons à rappeler d'après nos propres observations que des conceptions délirantes identiques à celles des hypochondriaques paralytiques, peuvent se rencontrer au cours des accès d'intoxication cannabique ou être artificiellement provoquées par voie de suggestion.

Si le délire hypochondriaque de M. Baillarger n'est pas absolument spécifique, il n'en paraît pas moins lié à la paralysie générale dans la grande majorité des cas et nous pensons que sa constatation, même lorsqu'elle est faite comme chez L... à l'exclusion de tout autre signe pathognomonique, constitue une très forte présomption en faveur de l'existence de cette affection. Le doute n'est guère possible, lorsqu'on voit survenir des troubles trophiques qu'aucune autre hypothèse ne saurait expliquer.

IV. — Les attaques hystériformes que nous avons observées chez notre malade paraissaient être une complication assez rare de la paralysie générale et la littérature française, la seule que nous ayons consultée à ce sujet, ne nous en fournit qu'un petit nombre d'exemples : M. Baillarger en cite un cas; dans son consciencieux

(1) Dufour. — *De l'hypochondrie.* Thèse de 1860.
(2) Michéa. — *Annales méd.-psych.* 1864; — *De l'analgésie chez les aliénés; in Gaz. hebd.* 1856.
(3) Moreau (de Tours) — *Du delire hypochondriaque de la paralysie générale.* Mémoire lu à l'Académie le 26 décembre 1860.
(4) Linas. — Thèse, 1857.
(5) Marcé. — *Traité des maladies mentales,* 1866.
(6) Cotard. — *Annales médico-psychologiques,* 1880.
(7) Christian et Ritti. — Article *Paralysie générale* du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales.*

©BIUM

traité, M. A. Voisin en rapporte un peu succinctement trois observations, concernant toutes des femmes, et récemment, MM. Rey (1) et Camuset (2) en ont publié deux prises chez des hommes. Il est assez remarquable que les malades de ces deux derniers observateurs étaient, comme le nôtre, des paralytiques hypochondriaques. Celui de M. Camuset, qui s'était montré d'abord optimiste avec quelques idées délirantes vagues de nature ambitieuse, ne devint hypochondriaque qu'à partir du moment où se montrèrent les accidents convulsifs; encore son hypochondrie était-elle assez superficielle : il n'avait rien perdu de sa gaieté et assurait en riant que, n'ayant plus de langue, il lui était devenu bien inutile de prendre de la nourriture.

M. MAGNAN ne trouve pas dans les symptômes énumérés par M. Chambard, les signes essentiels de la paralysie générale. Rien n'indique un affaiblissement des facultés mentales, bien au contraire, le malade paraît conserver pendant de longs mois et jusqu'au dernier moment, une activité délirante qui ne cadre guère avec l'affaiblissement progressif de l'intelligence du paralytique. Quant au délire, quelle que soit sa forme, hypochondriaque, ambitieuse ou toute autre, il ne peut entrer en ligne de compte qu'à titre de signe accessoire ; il n'a de la valeur pour le diagnostic que par le caractère de démence qu'il puise dans le fonds sur lequel il se développe. Pour les sypmtômes physiques, le signe essentiel, l'embarras de la parole fait défaut et l'inégalité pupillaire survenue dans les derniers jours n'a qu'une importance bien secondaire, puisqu'une inflammation du poumon peut à elle seule provoquer des troubles pupillaires. Donc, cliniquement, on n'est pas autorisé à considérer le malade comme un paralytique général.

Au point de vue anatomo-pathologique, le fait encore de l'existence d'une pneumonie enlève à l'épaississement et à l'œdème des méninges et même aux adhérences une grande partie de leur importance ; d'un autre côté

(1) Rey. — Crise hystérique chez un homme atteint de paralysie générale. *Annales médico-psychologiques*, 1883.

(2) Camuset. — Crise d'hystérie chez un homme atteint de paralysie générale. *Annales médico-psychologiques*, 1884.

©BIUM

on n'ignore pas que la production de crêtes par le grattage de la couche corticale peut être obtenue dans beaucoup de maladies autres que la paralysie générale (1). Enfin, en l'absence du contrôle par le microscope, je n'oserais point, pour ma part, affirmer l'existence d'une encéphalite chronique interstitielle diffuse. La paralysie générale n'est donc nullement démontrée et ce fait commande les plus expresses réserves.

M. CHAMBARD répond qu'il a reconnu dans ce cas le délire hypochondriaque type, tel qu'il a été signalé par M. Baillarger ; le défaut d'examen microscopique constitue, il est vrai, une lacune. Mais, quant aux lésions macroscopiques, il s'est efforcé d'en préciser le siège, et celui-ci répond bien aux localisations des lésions de la paralysie générale.

M. J. SÉGLAS. — Messieurs, à propos de l'intéressante communication de M. Chambard, je ferai remarquer les difficultés que présente souvent le diagnostic de la paralysie générale, en l'absence des signes physiques ; car les troubles intellectuels ne sont pas toujours, à mon avis du moins, aussi pathognomoniques qu'on veut bien le dire. En nous plaçant au point de vue des idées délirantes particulières observées chez le malade dont l'observation vient de nous être rapportée, je dirai que, pour moi, le délire hypochondriaque spécial décrit par M. Baillarger chez les paralytiques généraux, ne me semble pas absolument exclusif de cette forme mentale. M. Cotard a déjà fait remarquer que des idées de négation analogues pouvaient se rencontrer dans certaines formes de mélancolie anxieuse. Les idées de petitesse aussi, le délire micromaniaque, peuvent s'observer chez des individus qui ne sont pas atteints de paralysie générale : et je saisis cette occasion pour citer à la Société le cas d'une femme qui fréquente la consultation externe de la Salpêtrière. C'est une déséquilibrée, appartenant à la classe de ces dégénérés qui ont fait le sujet des discussions de la Société l'an dernier ; cette femme d'environ soixante ans, malade depuis vingt-sept ans à

(1) Magnan, *De la lésion anatomique de la paralysie générale;* thèse de Paris 1866, p. 31, et *Recherches sur les centres nerveux.* Paris 1876, p. 40.

©BIUM

la suite d'une couche, est, entre autres phénomènes morbides caractéristiques de son état mental particulier, en proie à des accès de dépression mélancolique avec hallucinations multiples et idées hypochondriaques. L'idée qui la tourmente le plus souvent est qu'elle se rapetisse et qu'aujourd'hui elle n'a pas plus de 50 centimètres de haut. D'un autre côté, son corps est vide et ne lui paraît rempli que d'eau chaude, etc. Ces idées particulières se rencontrent aussi dans certains cas d'intoxication par le hachisch.

Il n'y a donc pas que les paralytiques généraux qui peuvent présenter des idées de négation et de petitesse, et par suite le délire hypochondriaque de couleur un peu spéciale, comme d'ailleurs les autres idées délirantes ne sont pas toujours, en l'absence des troubles physiques, caractéristiques de la périencéphalite chronique diffuse et ne peuvent suffire à établir un diagnostic absolument certain.

M. CHAMBARD ne fait aucune difficulté de reconnaître que le délire hypochondriaque peut se retrouver ailleurs que dans la paralysie générale. Il cite notamment les effets de l'intoxication par le haschich. Mais en relatant son observation, il a simplement voulu montrer qu'elle venait à l'appui de la manière de voir de M. Baillarger.

Du délire chronique (suite).

M. CHRISTIAN. — Messieurs, dans les discussions qui viennent de se succéder dans nos séances, sur les *folies héréditaires* d'abord, sur le *délire chronique* ensuite, je crois apercevoir une tendance générale à laquelle, pour ma part, je serais heureux d'applaudir sans réserve, si elle me paraissait actuellement réalisable, — celle de grouper, d'une façon rationnelle, les différentes formes, actuellement décrites, de la folie. Morel le premier avait fait cet essai, de créer quelques grandes familles naturelles, comprenant toutes les variétés que nous connaissons. S'il n'a pas réussi, du moins y avait-il dans sa tentative quelque chose de vrai et de fondé, car, depuis lui, ses idées ont été reprises par des observateurs distingués dont je n'ai pas besoin de vous citer les noms, et qui n'ont rien négligé pour les faire

©BIUM

triompher. Suivant eux, la folie des persécutions ne serait en aucun cas une affection accidentelle, survenant, on ne sait comment, dans le cours de l'existence; ce serait au contraire « un processus tellement net et défini « que l'on peut prédire la série des phases successives « que va parcourir le délire, depuis le stade initial jus- « qu'à une terminaison inexorablement la même. » Je cite les propres expressions de M. Garnier (*Ann.* janv. 1887, p. 122). Ce serait en un mot comme dans la nature : la fleur succédant au bourgeon et aboutissant fatalement au fruit. De cette façon, le *délire des persécutions*, cette magistrale création de Lasègue, ne serait plus qu'un épisode dans ce que MM. Magnan, Garnier, Briand, et avec eux beaucoup de nos distingués collègues, proposent d'appeler le *délire chronique*.

Théorie séduisante, que je ne saurais accepter sans réserve, et à laquelle je vous demande la permission de présenter quelques courtes objections. Je m'efforcerai d'être aussi bref que possible, me bornant à argumenter certains points bien limités, et laissant de côté les questions qui ont déjà été traitées par MM. Falret, Dagonet et Cotard.

Suivant M. Garnier, le *délire chronique* serait une maladie mentale, caractérisée par l'évolution progressive, systématique, de quatre stades nettement définis, apparaissant invariablement dans le même ordre :

1° Période dite d'*incubation*, où le malade est troublé, inquiet. C'est la période hypochondriaque déjà décrite par Morel ;

2° Organisation du délire de persécutions ;

3° Apparition d'idées de grandeur, marquant la systématisation ultime du délire;

4° Période terminale de démence.

Telle serait la marche fatale de la maladie.

Je suis forcé de dire que les choses ne m'ont jamais paru ni aussi simples ni aussi régulières; j'ajouterai que ce n'est pas l'expression *délire chronique* qui me choque. M. Garnier en fait d'ailleurs bon marché. Je critique, non pas l'étiquette, mais la théorie elle-même.

Je reconnais volontiers que, dans le délire de persécutions, la deuxième période n'arrive jamais d'emblée, qu'elle est toujours précédée d'une période d'incubation

©BIUM

dans laquelle le malade est tourmenté, hypochondriaque. Mais le passage de l'une à l'autre n'a rien de nécessaire, il n'est ni certain ni fatal. La même phase hypochondriaque précède presque toutes, sinon toutes les maladies mentales; elle n'a rien de caractéristique. En outre nous avons tous connu des malades qui n'ont jamais dépassé cette première période, qui sont restés toute leur vie des hypochondriaques, et qui n'ont jamais été autre chose. De telle façon, qu'en disant que le délire de persécutions succède toujours au délire hypochondriaque, on avance certainement un fait vrai, mais on n'établit pas une loi générale. Il reste à dire pourquoi tel hypochondriaque devient un persécuté, tandis que tel autre, en apparence tout semblable, ne sera jamais qu'un hypochondriaque. Evidemment, il y a un élément nouveau qui est venu s'ajouter à l'état morbide de la première période et qui l'a transformé de délire hypochondriaque en délire de persécutions; mais pourquoi cet élément survient-il dans un cas, et pas dans l'autre?

Mais laissons ce point sur lequel j'aurai à revenir, et arrivons au moment où le délire de persécutions est nettement établi, où nous sommes à la deuxième étape de notre délire chronique. Je me sers à dessein du mot étape, car si j'ai bien saisi votre argumentation, le délire de persécutions ne serait qu'une période transitoire, devant mener au délire ambitieux. Proposition qui me paraît encore trop absolue, car j'ai connu un grand nombre de persécutés qui sont restés persécutés toute leur vie, et qui, jamais, à aucun moment, n'ont présenté d'idées de grandeur.

Ni M. Garnier ni M. Briand ne veulent admettre ces faits : pour eux l'apparition du délire ambitieux est fatale; tôt ou tard il doit survenir : s'il n'y a pas d'idées de grandeur maintenant, il y en aura dans un mois, dans un an, dans dix ans ! Il n'y a qu'à attendre.

Mais si d'aventure, le malade meurt dans l'extrême vieillesse, si pendant trente ans ou quarante ans, il a rabâché ses idées de persécution, sans jamais avoir eu la moindre bouffée ambitieuse, que devient l'argumentation de nos collègues? Et qu'on n'aille pas croire que j'invente des faits pour les besoins de ma cause : il

©BIUM

s'agit d'observations qui m'avaient frappé depuis longtemps, et je les cite d'autant plus volontiers que, des malades dont il s'agit, quelques-uns vivent encore dans mon service, et qu'ils sont connus de plusieurs d'entre vous. M. Foville et M. Ritti me permettront d'en appeler à leur témoignage.

Je ne vous citerai pas toutes les observations que je possède : il est cependant quelques types que je veux vous présenter.

Et je commence par un malade que vous connaissez tous, au moins de nom, car il a acquis une triste notoriété, je veux parler du capitaine A..., celui qui a tué notre collègue Marchant. Voilà plusieurs années que je l'ai dans mon service, qu'il me poursuit chaque jour de ses menaces et de ses récriminations : je n'ai pu encore apercevoir chez lui le moindre symptôme de délire ambitieux, et je n'en ai trouvé aucune trace dans ses innombrables écrits. Si vous lisez le rapport médico-légal fait sur lui en 1881 (Régis, *Manuel*, p. 531), vous verrez que dans ce long rapport, il n'est pas une seule fois mention d'idées ambitieuses : notez qu'à cette époque la maladie remontait déjà à une quinzaine d'années. De telle sorte que voilà un délire de persécution datant aujourd'hui de plus de vingt ans, et qui attend sa transformation!

Un autre malade, que j'observe également depuis plusieurs années, ne paraît pas non plus avoir la moindre tendance à devenir mégalomaniaque. Tel il était à son entrée, tel il est aujourd'hui, et pour lui aussi j'ai la preuve certaine que son délire remonte au moins à une vingtaine d'années. C'est un ancien fonctionnaire du ministère des finances, s'imaginant qu'il est en butte aux machinations d'une société secrète qu'il appelle *la Camorra*. Le principal agent de cette société est un sien neveu, qui est chargé de le tourmenter de toutes les façons possibles, d'enfumer sa chambre, de déchirer ses vêtements, de casser son lorgnon, d'empoisonner ses aliments, ses boissons, et jusqu'au tabac qu'on fume autour de lui, car, pour lui, il n'en use pas. Et ce délire, je le répète, ne date pas d'hier ; il est ancien; S... a fatigué de ses plaintes les Chambres, le Président de la République, toutes les autorités qu'il a cru pouvoir invoquer, et voyant que ses plaintes n'a-

©BIUM

boutissaient pas, il a imaginé de fonder un journal, intitulé *la Camorra,* qu'il rédigeait seul, et dont une vingtaine de numéros ont paru (il y a de cela une dizaine d'années). Je possède ce journal et je vous défie d'y trouver aucune velléité mégalomaniaque.

Je ne veux pas multiplier ces exemples : il pourrait me suffire d'avoir donné la preuve que le délire des persécutions ne se transforme pas *nécessairement* en délire ambitieux. Mais j'irai plus loin; suivant moi, il existe une catégorie de persécutés chez lesquels on peut affirmer que jamais, à aucun moment, il ne surviendra de délire de grandeur : ce sont ceux dont le délire s'alimente exclusivement dans les troubles de la sensibilité *génitale*. Ces malades n'arrivent jamais à la *mégalomanie;* j'en juge par tous ceux que j'ai connus, et ils sont nombreux. Ils peuvent avoir des idées de grandeur, mais elles ne seront jamais qu'accessoires, passagères.

Je citerai entre autres, cet ancien officier de marine, qui est resté à Charenton pendant vingt-sept ans, dont j'ai rapporté l'observation ici même, il y a quelques années, mais à un autre point de vue. Ce malade était absolument remarquable par son délire, qui s'alimentait presque exclusivement dans de fausses sensations génitales. Jamais il n'a été mégalomaniaque.

Un autre, vieux capitaine d'artillerie, aujourd'hui presque septuagénaire, dont la maladie remonte à plus de trente ans, ne cesse de se plaindre des manœuvres que certaines femmes exercent sur ses organes génitaux: on le *fluide* pour lui enlever sa force virile, etc. Il est à Charenton depuis plus de vingt-cinq ans, et son délire n'est pas sorti du cercle de ses conceptions délirantes, toujours les mêmes.

Enfin, je pourrai vous citer encore un ancien sous-officier, décoré au Mexique, qui est venu dans mon service après avoir passé un assez long temps à Sainte-Anne dans le service de M. Dagonet. Il s'imagine que les médecins, de complicité avec la police, font exercer sur lui des manœuvres infâmes : il entend des propos obscènes, voit la nuit des femmes qui lui font des agaceries : d'idées de grandeur, il n'en a jusqu'à présent manifesté aucune.

Je pourrais multiplier ces citations ; mais je pense

©BIUM

que ces exemples suffisent. Pourquoi, chez le persécuté de cette catégorie, ne se produit-il pas de transformation du délire de persécution en délire ambitieux? J'avoue que je n'en sais rien; mais j'ai observé le fait si souvent que je crois que c'est une loi générale.

Mais revenons aux malades chez lesquels la transformation s'opère et voyons comment elle se produit. Pour expliquer le passage de la première période (hypochondriaque) à la seconde, on admet généralement qu'il est déterminé par l'apparition d'un symptôme nouveau, *les hallucinations de l'ouïe*; ou du moins l'on constate la prépondérance de ce nouveau symptôme chez le *persécuté*. Comment un persécuté arrive-t-il à devenir un mégalomaniaque? Ici l'explication paraît absolument simple, naturelle: le malade deviendrait ambitieux par déduction logique. Les choses se passeraient à peu près ainsi: le persécuté, après avoir longtemps souffert avec plus ou moins de patience et de résignation, se dirait un beau jour: « Mais pourquoi me tourmente-t-on ainsi? Pourquoi en veut-on spécialement, à moi? » et de déduction en déduction, il arriverait à croire qu'il n'est pas le premier venu, qu'il y a sans doute un intérêt majeur en jeu, qu'il doit y avoir quantité de gens que sa présence gêne, et finalement se figure qu'il est un Bonaparte, ou un Bourbon, ou un d'Orléans... Cette théorie est fort ingénieuse (1); si cependant on la généralisait, elle nous ramènerait aux beaux jours de l'école psychologique, alors que l'aliéné était considéré comme un homme raisonnant juste, mais en partant d'un principe faux.

Je ferai remarquer en passant que la même théorie pourrait servir à expliquer le passage de la même période, celle de l'hypochondrie, à la seconde. Et je me garderai bien de dire que les choses n'arrivent jamais de cette façon: moi-même, dans mon mémoire sur la *mélancolie*, qui a paru il y a onze ans, j'ai étudié cette filiation du délire et j'en ai cité des exemples. M. Dagonet m'a fait l'honneur de rappeler ce que j'écrivais à

(1) Il n'est que juste que de rappeler que c'est M. Foville, qui, le premier, a formulé cette théorie dans son beau mémoire sur le *Délire des grandeurs*. (Mém. de l'Acad. de méd., t. 29, 1870.)

©BIUM

cette époque. Je dois dire cependant que, si déjà alors je faisais des réserves, je les accentuerais encore bien plus aujourd'hui. Car plus je vois de malades, plus je demeure convaincu que l'aliéné ne raisonne que très exceptionnellement son délire; il le *subit*, et il le subit passivement. Il y a des années que j'étudie mes persécutés à ce point de vue; je ne manque jamais de leur demander pourquoi leurs persécuteurs ne s'adressent qu'à eux, et point à leurs camarades, à leurs voisins, aux autres membres de leurs familles : la réponse invariable est celle-ci « je n'en sais rien », ou « vous le savez mieux que moi ». Ceux-là seuls qui ont déjà leur délire ambitieux établi, donnent une raison plausible : l'un est enfermé par ordre du général X..., un autre à cause de la famille Bonaparte, un troisième à cause de Bismarck, et ainsi de suite; mais ce sont les *mégalomaniaques* qui donnent ces raisons, non les persécutés.

Notez d'ailleurs ce fait, qui est d'observation banale, que parmi tous les aliénés, les persécutés sont ceux qui rapportent le plus exclusivement tout ce qu'ils éprouvent à une influence extérieure. Jamais le persécuté ne dira: *j'ai mal*! mais *on me fait mal*! Jamais il n'avouera que sa digestion est laborieuse, qu'il a des coliques, ou mal à la tête...., mais il se plaindra qu'on lui « travaille l'estomac », qu'on lui « électrise les intestins, qu'on lui donne des coups sur la tête.... »

Et c'est ce malade qui extériorise ainsi tout ce qu'il ressent, tout ce qu'il éprouve, j'allais presque dire tout ce qu'il pense, — c'est ce malade qui se mettrait à raisonner son délire, en se repliant tout à coup sur lui-même ! J'avoue qu'il m'est bien difficile de l'admettre, si ce n'est, je le répète, dans quelques cas exceptionnels.

Je crois au contraire que le délire mégalomaniaque surgit à l'occasion d'un fait extérieur, d'un rêve, d'une réminiscence, d'un accident fortuit.

Esquirol cite un malade, nous dirions un *persécuté*, qui, entrant par hasard dans un café, y lit dans un journal l'histoire du faux Dauphin, fils de Louis XVI : aussitôt il s'imagine qu'il est le Dauphin.

J'ai connu un officier de marine, qui, aliéné aux colonies, avait dû être rapatrié par les soins du consul. A son

©BIUM

entrée à Charenton, il avait, entre autres idées délirantes, celle qu'il devait épouser une jeune fille, qu'il avait connue enfant, mais dont il avait été complètement séparé depuis de longues années. Cette idée persista longtemps, puis, tout d'un coup, et pour ainsi dire du jour au lendemain, il déclara qu'il devait épouser la fille du Président de la République. Cette idée lui était-elle venue par déduction logique ? assurément non. Il avait lu dans son journal le mariage de M^lle^ Grévy, et l'idée délirante lui était venue, comme au malade d'Esquirol. En même temps il s'imaginait qu'il allait commander un cuirassé et partir pour l'Australie : pourquoi ? parce qu'à cette époque il y avait une exposition à Melbourne, et que son journal en parlait chaque matin.

A en juger par ces exemples, il me semble que, chez les aliénés dont je parle, les idées de grandeur ont, comme les idées de persécution, leur source principale dans les troubles de la sensibilité, dans les hallucinations de l'ouïe, etc. Le général qui entend crier *vive le Roi!* et qui s'imagine qu'il va monter sur le trône, n'était assurément arrivé à cette conception délirante que sous l'influence de l'hallucination, et non par suite du raisonnement.

Ce qui vient à l'appui de cette manière de voir, c'est que, contrairement à ce que pensent nos honorables contradicteurs, les idées de grandeur s'associent fort bien aux idées de persécution : celles-ci ne sont nullement exclues par celles-là. J'ai un malade qui se croit le fils du comte de Chambord, qui signe ses lettres *Henri de Bourbon*, et qui se plaint tous les jours d'être empoisonné, martyrisé, etc.

Enfin, pour en finir avec cette question, n'y a-t-il pas lieu de dire un mot des cas, rares il est vrai, où le délire ambitieux précède celui des persécutions, ou alterne avec lui ? En voici deux exemples se rapportant à des malades encore actuellement dans mon service. L'un est entré, il y a trois ans environ ; après une longue phase d'incubation, il était devenu dangereux pour sa famille, et il avait fallu le séquestrer. Que disait-il en arrivant à Charenton ? Qu'il était un inspecteur général de la police, chargé d'inspecter et d'examiner les maisons de santé, que le gouvernement lui avait donné une

©BIUM

haute mission de confiance, etc. Bien souvent je lui demandais si son rapport avançait, je lui offrais du papier pour le rédiger : sa réponse invariable était qu'il s'agissait de secrets d'Etat, qu'il ne pouvait les confier qu'au préfet de Police, et de vive voix. Ce délire, après avoir longtemps duré, a fini par disparaître et a fait place à un délire tout différent : maintenant X... est *humé*, on le couvre de *humes*, on le *respire*, et c'est ce dont il se plaint chaque jour.

Un autre, avant d'entrer à Charenton, et au début de son séjour, ne parlait que de son illustre origine (il était, je crois, un Bonaparte), et de ses millions. Depuis que je le connais, il n'est occupé que des poisons qu'on lui met dans ses aliments, dans son lit, dans ses vêtements. Au fond, il garde l'idée qu'il est riche, car il n'admet pas que sa mère se refuse à aucune de ses fantaisies.

Pour me résumer, je conclurai donc volontiers que le délire ambitieux, quand il survient chez le persécuté, n'arrive que très rarement par déduction logique, que le plus souvent il est dû, comme le délire des persécutions lui-même, à des troubles sensoriels, illusions et hallucinations.

Il me reste à parler de la période terminale du délire chronique, qui serait la démence. Ici je me vois forcé de faire les réserves les plus expresses : jamais je n'ai vu un seul persécuté tomber dans la démence, et je crois que jusqu'à présent c'était l'opinion généralement admise. Dans le livre de Legrand du Saulle on trouve relatée, avec de longs détails, l'observation de Paganel, qui mourut à un âge avancé, et dont la maladie mentale avait certes duré plus de quarante ans. Legrand du Saulle fait remarquer expressément, en rapportant la dernière lettre que le malade eût écrite, que son intelligence n'avait rien perdu de sa vigueur.

Entendons-nous cependant : il est évident que lorsqu'un persécuté a déraisonné pendant trente, quarante ans, et qu'il arrive à la vieillesse, il est évident, dis-je, qu'il subira la loi commune, que son intelligence faiblira, que les infirmités viendront. Ainsi le malade dont je vous ai parlé, le capitaine Th., qui est un type de persécuté, approche de ses soixante-dix ans : il n'est plus

©BIUM

aujourd'hui ce qu'il était il y a neuf ans ; voilà trois ans qu'il ne quitte pas l'infirmerie. Mais ce n'est pas un dément. Je reconnais sans hésiter que tous les persécutés, en vieillissant, perdent de leurs facultés ; j'ajouterai même que leurs idées ne conservent pas leur cohésion, leur enchaînement primitif. Mais si nous considérons comme signes caractéristiques et fondamentaux de la démence, les deux symptômes qui ne manquent jamais, — l'affaiblissement intellectuel et la perte de la mémoire, — je dirai que jamais les persécutés ne deviennent des déments par le seul fait de l'évolution du délire. S'ils le deviennent, c'est qu'il y a eu un nouvel élément purement accidentel, tel qu'une congestion, une apoplexie cérébrale, et ce n'est pas chose rare.

Du reste M. Garnier nous fait à cet égard une concession précieuse ; il n'est pas éloigné de considérer comme une forme de démence, ce que M. Falret appelle une *cristallisation* du délire ; il l'appelle *démence vésanique* : mais y a-t-il donc avantage à créer pour les besoins de la cause une variété nouvelle de démence ? variété à laquelle manqueraient précisément les caractères que j'ai donnés plus haut et qui font partie intégrante de toute espèce de démence ?

Messieurs, j'ai hâte de conclure, car je crains véritablement d'avoir abusé de votre attention ; — je ne saurais considérer le *délire chronique*, tel que MM. Garnier et Briand nous l'ont décrit, comme la forme fréquente, habituelle, de ce que nous étions habitués à regarder comme le délire de persécutions. Que, dans un certain nombre de cas, l'évolution se fasse comme le veulent nos collègues, je n'aurais garde d'y contredire, mais je crois que ce ne sont là que des faits exceptionnels. Je pense, comme M. Cotard, que l'important, avant d'arriver à une synthèse comme celle qui est essayée, serait de bien rechercher l'origine des idées délirantes : on les trouvera, et peut-être exclusivement, dans les troubles de la sensibilité générale ou spéciale. Ce sont ces troubles qui me paraissent être en jeu, aussi bien dans la première période de l'hypochondrie, que dans celles qui suivent, de persécutions et de mégalomanie. Le problème consistera à bien établir la relation entre les idées délirantes et les troubles sensoriels ; et, quand

©BIUM

nous connaîtrons la marche de ceux-ci, nous aurons en même temps appris et nous pourrons prédire comment évoluera le délire.

M. Briand. — Je voudrais seulement répondre un mot : M. Christian nous oppose l'observation d'un certain nombre d'aliénés chez lesquels le délire des persécutions ne se transforme pas en idées ambitieuses ; il nous dit notamment que ceux dont le délire repose sur des troubles de la sensibilité génitale ne deviennent jamais mégalomanes. Ces cas choisis n'infirment en rien la doctrine que nous défendons. Il nous serait facile de lui répondre par un choix plus considérable de délirants chroniques, tels que nous les concevons. C'est à la statistique de trancher la question : que chacun de nous apporte des observations et nous arriverons à catégoriser, avec exactitude, les cas où la transformation est l'exception et ceux, à mon sens beaucoup plus nombreux, où elle est la règle.

En second lieu, nous ne faisons pas de la déduction logique la cause exclusive de la transformation du délire. J'ai connu dans le service de mon excellent maître M. Magnan un délirant chronique dont les idées ambitieuses étaient survenues à la suite d'une hallucination de l'ouïe : En sortant de chez un marchand de vins de la rue de Seine, il entendit une voix qui le saluait du nom de Napoléon. Il se présenta aussitôt dans un poste de police pour demander qu'on l'aidât à monter sur le trône. Le lendemain il entrait à Sainte-Anne pour la seconde fois : « Vous ne me prendrez plus, disait-il, pour un fou, vous comprenez maintenant comme moi le motif de leur persécution ; ils voulaient m'empêcher de régner. »

M. Doutrebente a conservé le souvenir très précis de l'officier de marine que M. Christian vient de citer, comme un exemple de la non-transformation des idées de persécution en idées de grandeurs. Quant à lui, il est en mesure d'affirmer qu'il a pu constater chez ce même malade des conceptions ambitieuses aussi caractérisées que possible. Il est bon de savoir que beaucoup de persécutés dissimulent leur délire mégalomaniaque et que c'est par hasard, quelquefois, qu'on parvient à en surprendre la manifestation.

©BIUM

M. BRIAND insiste pour qu'il soit pris acte de la rectification précédente.

La séance est levée à six heures.

PAUL GARNIER.

SÉANCE DU LUNDI 27 JUIN 1887.

Présidence de M. MAGNAN.

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

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de remerciement de M. le Dr Chaslin et de M. le Dr Hall, nommés membres de la Société, dans la dernière séance.

2° Une lettre de M. le Dr Topinard, invitant chacun des membres de la Société à lui faire la demande d'une carte de statistique relative à la couleur des yeux.

3° Une lettre d'invitation adressée par la Société de médecine mentale de Belgique pour l'inauguration de la statue de Guislain, à Gand.

La correspondance imprimée comprend :

1° Un ouvrage de MM. les Drs Fontan et Segard : *Eléments de médecine suggestive*.

2° Le dernier numéro du « *Journal du magnétisme.* »

Etude sur le traitement de l'épilepsie par l'acétanilide.

M. CHRISTIAN, au nom de MM. les docteurs H. MABILLE, directeur-médecin et J. RAMADIER, médecin-adjoint, de l'asile de Lafond, donne lecture du travail suivant :

L'acétanilide ou phénylacétamide, découverte en 1853 par Gerhardt, de Strasbourg, a été introduite pour la première fois dans le domaine de la thérapeutique par Kussmaul, Cahn et Hepp qui l'ont préconisée comme antiseptique et antithermique et, à raison de cette dernière propriété, lui ont donné le nom d'antifébrine.

M. le professeur Lépine, de Lyon, en a fait une étude consciencieuse et après de nombreuses expériences a

©BIUM

reconnu son infériorité comme fébrifuge, mais lui a découvert des qualités nouvelles et l'a classée comme médicament nervin, calmant et antinévralgique. Des expériences instituées à son instigation par M. le professeur Charcot à la Salpêtrière, ont démontré l'efficacité de l'acétanilide contre les douleurs fulgurantes du tabes. D'autres expérimentateurs, M. Dujardin-Beaumetz principalement, ont apporté de nombreuses observations confirmant les propriétés reconnues à l'acétanilide par M. Lépine.

M. Dujardin-Beaumetz, guidé par l'action élective de l'acétanilide sur le bulbe et la moelle, a songé à utiliser cette action pour le traitement de l'épilepsie (1). Il a fait différents essais et a été assez heureux pour voir trois succès couronner ses tentatives. Mais ce nombre de cures n'est pas suffisant pour permettre de conclure à l'efficacité de ce médicament, car « il faut, comme le dit M. Dujardin-Beaumetz lui-même, de bien nombreuses observations et une longue expérimentation pour affirmer la valeur thérapeutique d'un médicament ». Ce n'est donc qu'en accumulant les observations favorables et défavorables sans distinction, qu'on pourra arriver à porter un jugement définitif sur ce médicament. A ce point de vue, il nous a paru utile de publier, bien qu'ils aient été négatifs, les résultats obtenus dans les expériences que nous avons entreprises.

Nous avons traité par l'acétanilide 22 épileptiques, 11 hommes et 11 femmes, pendant quarante-cinq jours. La dose d'acétanilide était de 50 centigr. le premier jour, puis elle a été progressivement augmentée jusqu'à ce qu'elle ait atteint le chiffre de 3 gr. pour les hommes et de 2 gr. 75 pour les femmes. Le médicament était pris en six fois dans la journée, à intervalles à peu près égaux, dans des cachets Limousin. Nous avons choisi ce mode d'administration de préférence à la potion, à cause de l'insolubilité de l'acétanilide dans l'eau et de la quantité d'alcool trop considérable pour en dis-

(1) De l'acétanilide comme médicament sédatif du système nerveux, par Dujardin-Beaumetz. *Bulletin de thérapeutique*, 30 mars 1887.

©BIUM

soudre 3 gr., quantité sous l'influence de laquelle nous aurions craint de voir se produire une recrudescence d'attaques.

Tous les malades sur lesquels ont porté nos expériences ont déjà été soumis à différents traitements et, entre autres, à une médication bromurée prolongée sans résultat, deux seuls exceptés qui ont vu, sous l'influence des bromures (bromures d'ammonium et de sodium), leurs crises très fréquentes au moment de leur entrée à l'asile diminuer progressivement et se réduire à une par mois.

Pour permettre de juger des résultats obtenus par notre médication, nous allons présenter un tableau donnant : 1° le nombre de crises pendant les quarante-cinq jours de traitement ; 2° le nombre obtenu en additionnant le chiffre des crises pendant les quinze mois qui ont précédé l'administration de l'acétanilide et en divisant par dix, nombre qu'on peut considérer comme représentant la moyenne normale des crises pendant quarante-cinq jours ; 3° le nombre des crises pendant les quarante-cinq jours correspondants de l'année précédente, afin d'éliminer la cause saisonnière que quelques médecins paraissent encore admettre (1).

Femmes.

Co.	25 ans	7 ans	16	11,5	24
Fa.	57	17	10	12	25
Qu.	40	?	59	29	24
Inc.	?	?	32	27,2	24
Lar.	50	16	21	25,1	22
Mo.	53	31	8	5,7	4
Pi.	30	congénitale	10	11	15
Ro.	43	congénitale	7	5,7	7
Rou.	35	15	9	11,6	16
Yo.	27	congénitale	3	2,5	

(1) Depuis six ans, le nombre de crises de chaque malade est relevé soigneusement chaque jour et consigné sur un registre spécial, ce qui fournit un moyen commode de juger de l'efficacité de tout traitement entrepris. Nous pourrions donner aussi un tableau analogue pour les vertiges, mais nous ne le faisons pas, parce qu'il n'offrirait pas pour nous les mêmes garanties, les vertiges, à raison de leur fugacité, pouvant souvent passer inaperçus pour les gens de service.

©BIUM

Hommes.

Ga.	51	34	23	16,2	14
Ra.	30	12	3	12,8	3
Ri.	32	15	5	3,9	3
Ro.	38	18	1	1,4	2
La.	31	10	27	17,9	35
Bi.	16	12	11	5,5	
Pl.	41	congénitale	2	1,5	
Te.	30	?	10	9,3	
Del.	43	32	6	1.5	
Dev.	48	24	15	7,4	25
Pers.	26	17	7	2,5	

L'examen de ce tableau nous démontre le peu d'efficacité de l'acétanilide contre l'épilepsie chez nos malades.

Chez les deux derniers malades de notre tableau Dev. et Pers., le nombre des crises pendant la médication est supérieur à la moyenne normale; ces deux malades sont ceux qui, traités par les bromures, avaient vu le nombre de leurs crises diminuer progressivement. Dès qu'aux bromures nous avons substitué l'acétanilide, les crises sont redevenues aussi fréquentes qu'à l'époque de leur entrée à l'asile. Depuis le 15 mai, nous avons rétabli les bromures, les crises ont de nouveau diminué. Pour ces deux cas la supériorité des bromures sur l'acétanilide nous paraît bien démontrée.

Nous allons maintenant décrire les différents symptômes que nous avons observés chez nos malades pendant la durée du traitement.

Chez tous les malades que nous avons traités, l'appétit s'est toujours maintenu bon, les organes de la digestion n'ont paru nullement influencés, tout au plus avons-nous observé quelques nausées et quelques vomissements sans importance chez deux ou trois malades. La constipation habituelle chez plusieurs d'entre eux a disparu, ce qui tient probablement, croyons-nous, à ce qu'une partie de l'eau éliminée à l'état normal par les reins s'en est allée par l'intestin.

A de nombreuses reprises nous avons chez nos malades pris le pouls, la température et le nombre des mouvements respiratoires avant l'absorption du médicament et plusieurs fois après, nous n'avons jamais noté de différence méritant d'être signalée.

©BIUM

Nos malades ont été pesés régulièrement chaque semaine pendant toute la durée du traitement, à la fin nous avons trouvé chez quinze d'entre eux une augmentation de poids variant de 500 gr. à 2 kilog. 300. Pour quatre il n'y avait pas de différence sensible à noter. Une femme dont le nombre de crises a été de cinquante-neuf au lieu de vingt-neuf, sa moyenne ordinaire, a perdu 2 kilog. 300. Dev. et Per., dont nous avons déjà parlé, ont perdu l'un 1 kilog., l'autre 600 gr.

Du jour où la quantité d'acétanilide prescrite a atteint le chiffre de 1 gr. 50, nous avons observé chez tous nos malades de *la cyanose* plus accentuée une heure après l'absorption du médicament.

A part la cyanose, nous avons noté aussi *une légère teinte subictérique*, appréciable surtout sur les sclérotiques et la voûte palatine, teinte que nous n'avons trouvée signalée dans aucun des travaux sur l'acétanilide que nous avons eus sous la main. Cette teinte doit être attribuée à l'*urobiline*, dont la présence a été constatée en assez grande quantité comme nous allons le voir.

Ces dernières sont moins abondantes qu'à l'état normal. La quantité éliminée en vingt-quatre heures, mesurée à différentes reprises, a oscillé entre 900 et 1,100 centimètres cubes.

L'analyse des urines et du sang a été faite avec le plus grand soin par M. Micheau, pharmacien de 1re classe, ancien interne des hôpitaux et lauréat de l'école de pharmacie de Paris, elle a donné les résultats suivants :

1° Densité. — La densité des urines est en général élevée. Comme conséquence, le liquide se trouve dans un grand état de concentration. La densité moyenne de dix urines analysées est de 1026.

2° Matières colorantes. — Les urines de nos malades ont une couleur foncée variant du jaune-rouge au jaune-brun.

Cette coloration n'est pas produite par les pigments biliaires, dont on n'a pu constater la présence malgré l'emploi de différents procédés.

C'est à l'*indican* et surtout à l'*urobiline* qu'il faut attribuer la teinte des urines. Pour constater la présence

©BIUM

de cette dernière, on a recueilli sur le filtre la matière colorante rouge de l'urine et on l'a reprise par l'alcool à 95°; la solution alcoolique a été évaporée pour la concentrer, puis soumise à l'examen spectroscopique; elle a donné une bande d'absorption située entre le *b* et l'F du spectre de Fraünhofer, carastéristique de l'urobiline.

3° Recherche de l'acétanilide. — L'acétanilide a été recherchée par le procédé du docteur Weill (1), légèrement modifié en ce sens qu'au bichromate rouge de potasse on a substitué le chromate jaune de potasse, ce qui rend la réaction plus sensible. Dans aucun cas on n'a obtenu la coloration rose caractéristique. Par suite on est en droit de conclure que l'acétanilide ne s'élimine pas en nature par les urines.

L'analyse du sang a porté sur les deux points suivants :

1° Recherche de l'acétanilide. — La recherche de ce corps par le procédé dont nous venons de parler a décelé sa présence dans le sang en quantité relativement considérable.

2° Recherche de la méthémoglobine. — Le sang a été examiné au microscope en solution très diluée, les deux bandes d'absorption de l'oxyhémoglobine ont été très-manifestes, mais la troisième bande caractéristique de la méthémoglobine n'a pas été observée.

L'examen du sérum a produit un résultat semblable.

D'autres examens ont été faits avec le sérum étendu d'eau distillée, puis avec le sang à différents états de dilution, sans qu'il ait été possible de constater les bandes d'absorption caractéristiques de la méthémoglobine.

Les résultats ont été semblables pour l'examen du sang de trois malades différents. Ce sang a été pris chez les malades deux heures et demie après l'absorption de l'acétanilide.

Ces résultats négatifs démontrent que s'il y a de la méthémoglobine dans le sang, elle est localisée dans le globule sanguin et sa quantité n'atteint pas dix pour cent de la totalité de la matière colorante du sang, chif-

(1) De l'action physiologique et thérapeutique de l'acétanilide, par le docteur Weill. *Bulletin général de thérapeutique*, 28 février 1887.

©BIUM

fre nécessaire pour que le spectre de la méthémoglobine ne soit pas complètement masqué par celui de l'oxyhémoglobine (1).

Nous ajouterons que nous croyons à la présence de la méthémoglobine en quantité inférieure à dix pour cent de la matière colorante dans le globule sanguin, parce que cette présence nous fournit l'explication de la cyanose observée chez nos malades et de la grande quantité d'urobiline que nous trouvons dans les urines, l'urobiline étant un produit de décomposition de la méthémoglobine.

Nous croyons utile de résumer en quelques mots les différents faits que nous avons constatés :

1° Inefficacité de l'acétanilide contre l'épilepsie, constatée chez tous nos malades, même chez ceux dont le nombre d'attaques avait diminué sous l'influence des bromures (2).

2° Innocuité de ce corps à la dose de 3 gr. chez l'homme et de 2 gr. 75 chez la femme, le médicament étant administré à dose progressive et fractionnée.

3° Conservation de l'appétit, pas de troubles de la digestion, pas de constipation.

4° Aucune modification du pouls, de la température et de la respiration chez nos malades non fébricitants.

5° Cyanose due probablement à la présence de méthémoglobine dans les globules sanguins, légère teinte subictérique produite par l'urobiline.

6° Augmentation du poids du corps provoquée probablement par la diminution des échanges respiratoires.

7° Diminution de la quantité des urines, augmentation de leur densité, coloration foncée due à l'urobiline et à l'indican. Non élimination par elles de l'acétanilide en nature.

8° Présence de l'acétanilide en nature dans le sang.

---

(1) Voir à ce sujet: La méthémoglobine d'origine médicamenteuse, par Hayem, in *Revue scientifique*, 5 juin 1886.

(2) Nous avons expérimenté aussi sans aucun succès l'acétanilide dans des cas de folie alcoolique avec agitation extrême, chez des maniaques et dans un cas de manie chronique à forme rémittente.

©BIUM

Commotion cérébrale suivie d'amnésie partielle d'une durée de trois semaines.

M. RITTI au nom du docteur JARCHY, de Bucarest, donne lecture du travail suivant :

Les cas d'amnésie, après un traumatisme de la tête, s'observent rarement. C'est pour cela que je me crois obligé de publier ce cas, afin qu'il ne reste pas ignoré et la science.

Le sujet de cette observation est Mme V..., de Bucarest, âgée de cinquante-sept ans, jouissant d'une constitution et d'un tempérament nerveux. Les antécédents de la malade sont intéressants. Elle n'a pas connu son père. La mère est morte de vieillesse. Elle a eu deux frères et deux sœurs ; l'un des frères est mort subitement et l'une des sœurs, à la suite d'une frayeur.

Mme V... s'est mariée à l'âge de quinze ans et a eu onze enfants, dont trois seulement vivent : deux filles et un fils.

La fille aînée est âgée de quarante ans ; elle est dans un état d'aliénation mentale depuis vingt ans, sa figure exprime l'imbécillité, ses yeux sont exophtalmiques et elle est paralysée du côté droit. L'aliénation est caractérisée par des périodes de calme, alternant avec des périodes d'agitation pendant lesquelles la malade pleure, et a des hallucinations de l'ouïe et de la vue.

L'autre fille est bien portante, d'une bonne constitution, mais elle est très nerveuse.

Dans son enfance, V... a toujours été bien portante. Après son mariage elle a commencé à avoir des accès de migraine tous les deux ou trois jours avec des douleurs violentes. Jamais elle n'a perdu connaissance et n'a eu d'attaque d'épilepsie. Il y a vingt ans, elle a souffert d'un rhumatisme articulaire qui a guéri sans laisser aucune trace.

Son caractère est toujours gai et, depuis quelques années, elle jouissait d'une très bonne santé, jusqu'au jour où se produisit l'accident que nous allons raconter.

Le 15 mai 1886, vers deux heures de l'après-midi, pendant que Mme V... posait un rideau à une fenêtre située au-dessus de l'entrée de la cave, en faisant un

©BIUM

faux mouvement qui lui fit perdre l'équilibre, elle glissa tout à coup et tomba du haut en bas de l'escalier dans cette cave.

La domestique ayant entendu le bruit de la chute de sa maîtresse, accourt et la trouve sans connaissance. Je suis appelé en toute hâte. A mon arrivée, je trouve Mme V... étendue au pied de l'escalier, et en état de résolution. En l'examinant, je constate sur la région mastoïdienne gauche une excoriation de six centimètres. Pas d'écoulement de sang ou d'autre liquide, ni par les oreilles, ni par le nez.

Le pouls est rare, la respiration faible, les pupilles dilatées. La hauteur d'où elle est tombée peut être évaluée à trois mètres. On l'enlève et on la place sur un lit, dans sa chambre. La résolution est complète et l'insensibilité est absolue. Elle ne répond pas à nos questions. Je prescris quelques ventouses scarifiées à la nuque et un purgatif composé de calomel et de poudre de jalap dans la proportion de 1 gramme de chaque, ainsi que des applications de sinapismes aux mollets.

En retournant le soir, je l'ai trouvée dans le même état ; elle criait et avait un peu d'agitation qui consistait à se jeter d'un côté à l'autre du lit. Le sinapisme n'étant pas senti, on l'a laissé jusqu'au lendemain il a produit une vésication prononcée.

Le 16 mai, la malade était dans le même état.

Le 17 mai, Mme V... se trouvait un peu mieux, la sensibilité était revenue en partie et elle souffrait d'un violent mal de tête, qui provoquait des cris ; elle commence à parler, mais on observe un curieux changement dans sa conversation. Elle ne reconnaît plus personne, même sa fille, qu'elle prend pour une autre personne. Quant à moi, je suis considéré par elle comme un de ses parents ; elle me demande depuis quand j'ai fini mes études. Elle ne connaît pas ses amies qui viennent la voir ; elle demande des informations sur des amies qui sont mortes depuis longtemps, toutes choses qu'elle a oubliées.

Ce qui est encore plus intéressant, c'est l'amnésie de la notion de lieu. Elle ne reconnaît plus la maison qui est sa propriété, et se croit transférée à la campagne.

©BIUM

Mme V... me demande encore comment je peux venir tous les jours de Bucarest, et en regardant dans sa chambre, elle reconnaît tous les objets et tous les meubles ; mais cependant elle soutient qu'elle est à la campagne. Par exemple, elle dit à sa fille : « Eh bien, ton père est-il fou de prendre tout mon mobilier, toutes mes affaires et de les transporter ici dans une maison étrangère ? »

Le monde qui l'entourait restait stupéfait de son changement. Sa fille cherchait à la convaincre par tous les moyens, mais c'était en vain. Elle se plaignait à moi de ce que son mari et sa fille se moquaient d'elle, et elle me disait : « Dites-moi donc, monsieur de Docteur, n'est-ce pas que nous nous trouvons ici à la campagne ? » Lorsque j'essayais de la convaincre du contraire, elle souriait et me disait que je m'étais entendu avec eux pour lui mentir.

Pour la faire revenir de cette erreur, sa fille la conduisait dans la chambre de face, et lui montrait la rue, les maisons d'alentour, qu'elle reconnaissait parfaitement bien ; mais chose curieuse, en retournant dans l'autre chambre, elle persistait de nouveau dans sa fausse conviction.

L'amnésie des noms propres ne lui manquait pas non plus. Elle ne se rappelait pas le nom de la rue dans laquelle elle demeurait, de même qu'elle avait oublié le nom de sa fille, de son mari, de ses amies et même son propre nom.

Elle avait oublié comment on mange, et ne savait plus à quel emploi servaient la cuillère et la fourchette. C'est sa fille qui lui donnait à manger, et insistait, pour lui faire mâcher et avaler les aliments. Tous ces phénomènes psychiques étaient accompagnés en même temps d'un violent mal de tête avec insomnie.

Mes chers et savants confrères, M. Th. Florea et M. Buicliu, ayant été appelés en consultation, ont été du même avis que moi sur cet étrange cas de maladie.

Après trois semaines, la malade est revenue dans son état normal, mais elle ne se souvenait absolument de rien de tout ce qui lui était arrivé dans cet intervalle de temps, de même qu'elle avait oublié les circons-

©BIUM

tances de sa chute et de tout ce qu'elle avait fait quelques heures avant l'accident.

En se promenant dans la cour de la maison, on lui a montré le lieu où elle était tombée ; sa stupéfaction a été extrême.

La notion des personnes et des noms lui est revenue avant celle de lieu. Une seule chose est restée présente à l'esprit de la malade pendant sa maladie, c'est une hallucination de la vue : elle voyait devant sa maison une grande nappe d'eau.

Réflexions. Il n'est pas douteux que l'hérédité, qui se trouve dans les antécédents de notre malade, a joué un rôle prépondérant dans la production de l'amnésie. L'âge avancé de M^me^ V... me faisait craindre qu'elle ne tombât en démence. On a vu dans la science des cas de démence survenus après une chute sur la tête. Heureusement, la malade s'est rétablie complètement et, ayant eu l'occasion de parler souvent avec elle, je n'ai constaté jusqu'à présent aucun changement dans ses facultés intellectuelles.

Déroulement spontané ou provoqué d'états successifs de personnalité chez un hystéro-épileptique.

M. RITTI, au nom de MM. les D^rs^ H. MABILLE, directeur-médecin en chef de l'asile de Lafond (Charente-Inférieure), et J. RAMADIER, médecin adjoint, donne lecture du mémoire suivant :

Le malade qui fait le sujet de ce court travail est bien connu. Il a été l'objet de plusieurs études antérieures, parmi lesquelles nous citerons celles de M. Camuset (1), de M. J. Voisin (2) et de MM. Bourru et Burot (3).

Nous avons eu, à notre tour, la bonne fortune de pouvoir l'étudier pendant près d'une année à l'asile de Lafond et c'est sur ce malade que nous avons reproduit (4)

---

(1) Camuset, in *Annales médico-psychologiques* et *Maladies de la personnalité* de Ribot.

(2) J. Voisin, in *Archives de neurologie.*

(3) Bourru et Burot, in *Annales médico-psychologiques*, *Revue de l'hypnotisme* et *Revue philosophique*.

(4) Mabille, in *Progrès médical;* Mabille et Ramadier, in *Archives de neurologie.*

©BIUM

les expériences de MM. Bourru et Burot sur les *hémorrhagies* cutanées et provoquées par suggestion, et constaté les *hémorrhagies cutanées par auto-suggestion.*

Nous ne reviendrons pas sur les antécédents de cet hystéro-épileptique dont la personnalité se dédouble (Camuset, Ribot, J. Voisin) et chez lequel MM. Bourru et Burot ont réussi, soit par des agents mécaniques, soit par suggestion, à produire des états de personnalité divers et à démontrer qu'il existe « des relations précises, constantes et nécessaires, entre l'état somatique et l'état psychique, ou plus simplement entre l'état physique et l'état mental, telles qu'il est impossible de modifier l'un sans modifier l'autre parallèlement. »

Nous ferons observer toutefois qu'il s'agit dans la relation de MM. Bourru et Burot de la production d'un *seul état* de personnalité, qu'on peut faire varier à volonté, suivant le procédé employé, le malade revenant toujours de lui-même à sa personnalité vraie, sans passer par *d'autres états intermédiaires.*

Nous voudrions à notre tour décrire des phénomènes du même ordre, bien que différents.

Nous avons, en effet, assisté chez V... à de véritables *déroulements de personnalité*, et par déroulement de la personnalité, nous entendons qu'il s'est produit soit spontanément, soit artificiellement, chez notre malade des états *de personnalité successifs*, de durée et de nombre variables, avec retour spontané ou provoqué à la personnalité vraie.

1° *Déroulements spontanés de plusieurs états de personnalité.* — Ces déroulements ont toujours eu lieu soit après une crise d'hystéro-épilepsie, soit pendant la crise elle-même.

C'est, en effet, dans cet état que nous observâmes pour la première fois chez V... les déroulements qui nous occupent, quelques jours après son admission à l'asile de Lafond.

Depuisc ette époque, nous avons pu, lorsque V... était sous l'influence de ses grandes attaques, les constater un grand nombre de fois.

Nous ne donnerons pas la description des crises hystéro-épileptiques de V... ; ces attaquent répondent la plupart

©BIUM

du temps aux phases décrites par l'école de la Salpêtrière.

Toutefois chez V... l'attaque épileptique, précédée par l'aura *hallucinatoire de la vipère*, se produit souvent isolément, indépendamment des grandes attaques hystéro-épileptiques, et nous dirons, sans insister, que le cas de V... vient démontrer que les deux névroses, hystéro-épilepsie et épilepsie, peuvent se manifester isolément chez un même malade, à tel point qu'étant donnée une seule crise, celle avec aura de la vipère, on peut croire que V... est épileptique, alors qu'en réalité il est épileptique et hystéro-épileptique dans le sens le plus large du mot.

Ces attaques de grande hystérie durent chez V... pendant un temps fort long, comme les médecins qui l'ont observé ont pu le constater.

Elles s'accompagnent de phénomènes très inquiétants, bien décrits par M. J. Voisin et attribués par lui à la *thoracalgie*, et que nous sommes tentés pour notre part d'attribuer à une sorte d'*angine de poitrine hystérique* qui peut souvent faire craindre pour les jours du malade.

Or, c'est dans cette grande crise et en général pendant la période qui correspond, quoique d'une façon vague, à la période dite de délire, que se produisent les déroulements de personnalité qui nous occupent.

En sorte qu'en réalité, dans la majorité des cas, la crise de V... est constituée non seulement par les phénomènes ordinaires de la grande attaque, mais encore par des changements successifs de personnalité avec état somatique correspondant à la personnalité.

C'est d'ailleurs, en observant avec soin les états de paralysie ou de contracture des divers membres pendant la grande attaque et en notant les paroles du malade, que nous avons pu découvrir, pendant cette même crise, les états de personnalité décrits par les auteurs précités et qu'il nous a été donné d'en observer de nouveaux, reproduits par nous expérimentalement, *dans la suite*, par suggestion hypnotique.

Pour éviter les répétitions, nous décrirons seulement l'état de V... dans une de ses grandes attaques, et cela de la façon la plus sommaire.

Un soir, vers six heures, V... est pris de vomisse-

©BIUM

ments, avec strangurie, puis la série des convulsions toniques et cliniques commence. La grande attaque suit son cours ordinaire.

Mais vers neuf heures du soir, nous assistons à des phénomènes nouveaux pour nous et la nuit est employée par V... à des manifestations que nous résumons, la période du délire de l'attaque nous permettant de noter en même temps que l'endroit où il se trouve, son âge à cette époque de sa vie et les changements somatiques correspondants.

Au moment où commence le déroulement, V... a les mouvements libres dans tous les membres ; sa jambe droite est néanmoins parésiée. Il est à Chartres ; sa parole est tout à fait enfantine (il est âgé de cinq ans). Sa maman le bat souvent, ne veut pas lui donner de pain, il pousse des cris comme un petit enfant : « Maman, maman, dit-il, du pain, à boire, maman, je veux boire, j'ai faim ! »

Quelques instants après son bras droit se contracture, la jambe droite reste en extension ; il bégaie. Sa mère l'a placé depuis quelque temps à Luysan (il a sept ans). — La contracture du bras droit vient de se transférer à gauche. Il est à Chartres chez M. Salmon (il a huit ans). Il a sans doute commis quelque méfait : « Je ne le ferai plus, dit-il, en pleurant... Nous irons nous cacher dans un tas de feuilles : tu veux bien, dis, Edouard. — il y a beaucoup de bois, on va s'y cacher. »

Puis il se modifie tout à coup, les contractures ont disparu : « J'apprendrai à travailler la vigne chez M. Pasquier (il est à la colonie pénitentiaire de Saint-Urbain) ; je mangerai des raisins. » Il arrive à la vigne, marche courbé, range des sarments, puis jette un cri effroyable, tremble de tout le corps : « La vipère ! la vipère ! crie-t-il, elle me mord. » Un spasme s'empare de tout son être. Il a la crise épileptique amenée par la frayeur de la vipère. Au bout de quelques minutes, la scène change, V... est pris de spasmes dans tout le corps avec convulsions portant sur tout le côté droit.

Sa voix est toujours enfantine ; il a déchiré son pantalon en marchant, dit qu'il ne peut plus marcher ; il a mal aux deux jambes (il est à Saint-Urbain en 1877,

©BIUM

il a neuf ans). Il voudrait sortir du lit, pleure parce qu'il ne peut jouer avec ses petits amis. Le médecin ne peut le guérir. « Il y a six mois qu'il a mal à la jambe, il a attrapé mal aux jambes en travaillant à la vigne. » Il est paraplégique, sans contractures.

V... reste cinq minutes dans une sorte d'état hallucinatoire, puis s'écrie qu'il ne veut pas aller à Saint-Dizier. La voiture vient le chercher pour l'y conduire, scène de désespoir : « Gardez-moi, madame Pasquier ! J'ai là tous mes petits amis! »

Il arrive sans doute à Saint-Dizier : « Que c'est grand, Saint-Dizier ! » Conversation ensuite avec M. Camuset, il est à l'asile de Bonneval où il apprend le métier de tailleur. Il est paraplégique (premier état de Bonneval). De nouveaux spasmes se produisent et durent plus d'un quart d'heure. V... n'a plus de paralysie des jambes. Il se croit à Saint-Urbain ; il est heureux d'être chez M. Pasquier.

Il se retrouve ensuite à Bonneval, il a eu une paralysie de la jambe gauche ; il parle de M. Camuset (2e état de Bonneval).

Sa paralysie disparaît tout à coup ; il vient de s'évader ; on le rattrape, il est très malheureux (3e état de Bonneval). Enfin, il va sortir de Bonneval. Il en part. Il est fier d'être en chemin de fer avec la grande jument noire (la locomotive, sans doute). Il se rend à Chartres, veut voir sa mère, la voit.

Il est alors pris de crises nouvelles, revient à l'état de Luysan, décrit plus haut.

Puis, sorti de cet état, il se plaint de sa mère. Il va à Mâcon ; il monte en voiture, se place à Senocent, chez un jardinier.

Après une série de spasmes, sa jambe gauche reste en extension, sa tête est fléchie sur l'épaule gauche. Il est à l'hospice de Mâcon. Puis, il se lamente, ne veut pas s'en aller avec les fous, gesticule, est dans une sorte de stupeur hallucinatoire.

Tout à coup il s'indigne contre une sœur : « Tu m'as fait f... des vésicatoires ! » fait le geste de les arracher, s'emporte contre le médecin, M. Lacuire ; il a mal à la jambe droite qui est à l'état de paralysie flasque (1er état de l'asile de Bourg).

©BIUM

Quelques minutes après, des convulsions nouvelles surviennent et V... devient hémiplégique du côté gauche, face non comprise. Il est toujours à Bourg, dans le service de M. Lacuire, avec lequel il a de vives discussions (2e état de Bourg).

La paralysie gauche disparaît peu à peu. Il se trouve à Paris. Il est joyeux, ingambe, a le langage des gamins de Paris. Il se rend à l'Opéra-Comique, va siffler Mlle van Zandt, la siffle, crie, trépigne, est pris de strangurie; il ne veut pas aller à Bicêtre, devient hémiplégique à gauche, s'emporte contre M. Besançon, interne de service de M. Voisin (il est à Bicêtre, 1er état).

Un transfert s'effectue et V... qui est toujours à Bicêtre, devient paralysé du côté droit (2e état de Bicêtre).

Cette paralysie s'évanouit; puis, après une scène d'une grande violence, pendant laquelle il veut tuer un sergent de la marine avec sa baïonnette, il redevient hémiplégique du côté droit. Son hémiplégie est incomplète. Il est à Rochefort, prononce de gros mots, traîne la jambe, parle de M. Berjon, l'insulte, etc.

Enfin, son hémiplégie droite disparaît complètement; il est à la Rochelle, à l'asile de Lafond, où il reprend conscience vers cinq heures du matin, demande à boire; il est harassé et désire se reposer.

Nous pourrions reproduire les différentes crises pendant lesquelles V... a déroulé ses personnalités diverses. Cela présenterait peu d'intérêt.

Il nous suffira de dire que les scènes que nous avons décrites se reproduisaient toujours avec les mêmes phénomènes psychiques et somatiques.

Tantôt le déroulement commençait à l'époque de son enfance et suivait alors un cours régulier comme précédemment, tantôt, au contraire, ce déroulement commençait à une phase plus avancée de sa vie, reproduisait à diverses reprises les mêmes périodes de son existence, mais, en général, on y retrouvait les phases principales, Saint-Urbain, Bonneval, Bicêtre et Rochefort avec leur cortège symptomatique habituel.

Nous ajouterons, pour être complet, qu'à des dates différentes, pendant son séjour à l'asile de Lafond, V., s'est retrouvé durant un temps assez long comme *fixé* à des périodes anciennes de son existence.

©BIUM

Ainsi, le 10 octobre 1885, à l'asile de Lafond, *après une grande crise*, V... reste pendant un jour et demi en état d'hémiplégie droite. Il est à Rochefort. Une autre crise s'empare de lui et le ramène à la Rochelle.

Un autre jour, à la suite *d'une grande attaque*, il reste paralysé des deux jambes, se trouve à Bonneval pendant treize heures et ne reprend conscience à Lafond qu'après une nouvelle série de crises.

D'ailleurs, dans ces déroulements divers, V..., soit mécaniquement, soit par une sorte d'auto-suggestion, répète les actes qui lui ont été suggérés et nous avons publié à diverses reprises le récit de crises du malade, pendant lesquelles il reproduisit avec succès les hémorrhagies cutanées que nous lui avions suggérées quelque temps auparavant.

2° *Déroulements provoqués de personnalité.* — Dans la communication de MM. Bourru et Burot à la Société médico-psychologique (séance du 27 août 1885), nous lisons ce qui suit :

« Profitant de l'extrême hyperexcitabilité neuro-musculaire du sujet, M. Mabille, par l'excitation directe des muscles et des tendons, provoque telle contracture systématique correspondant à un état déterminé. Ainsi, pressant les tendons des jambes et des genoux, il met en contracture les membres inférieurs ; aussitôt, les zones sensibles et anesthésiques changent de distribution, la personnalité se transporte à l'époque de la vie où existait cette contracture ; la mémoire est limitée au temps qu'elle a duré, en un mot, tout est semblable à ce qui a été décrit au quatrième état : Paralysie, état de Bonneval.

Par un procédé analogue, M. Mabille contracture la jambe droite seule, le transporte à Bourg, et ainsi des autres ».

C'est, en effet, en nous servant de ce procédé que le hasard nous a fait découvrir (ce qui, soit dit en passant, élimine l'idée d'une suggestion de notre part, au moins pour la première fois), que nous avons constaté, le 12 août 1885, les phénomènes que nous allons décrire :

Après avoir, par la pression des tendons rotuliens, produit la contracture des deux jambes et amené l'état dit de Bonneval, nous nous attendions, comme d'habi-

©BIUM

tude, à voir V... revenir à son état de conscience normal, quand nous observâmes ce qui suit :

La paralysie disparut et V... se réveille paralysé de la jambe. Il est à Bourg (deuxième état de Bourg). Il nous donne les renseignements correspondant à cet état de personnalité, état décrit trop souvent pour que nous en donnions une relation nouvelle. Puis, au bout de cinq minutes, il reprend conscience à la Rochelle.

Un autre jour, nous provoquons par la pression des tendons l'hémiplégie avec hémi-anesthésie droite. V... se trouve à Bicêtre dans le service de M. Voisin (deuxième état de Bicêtre); au lieu de revenir à son réveil à la Rochelle, V... se transfère et son hémiplégie devient gauche. Il est à Bourg. Puis quelques minutes après, il devient paraplégique, il est à Bonneval. Il n'a plus bientôt ni paralysie, ni anesthésie, il est à Saint-Urbain. Après avoir passé par l'état de Rochefort (hémiplégie et hémi-anesthésie à droite), il finit par reprendre conscience à la Rochelle.

Les modifications analogues, véritables déroulements de personnalité, se produisirent à diverses reprises, soit sous l'influence d'une nouvelle personnalité suggérée, soit sous l'influence d'un agent physique (aimant, fer doux, etc.).

Nous ne nous attarderons pas à démontrer la réalité des faits que nous venons de décrire ; le malade est trop connu pour que cela devienne nécessaire. Cependant, nous croyons utile de signaler combien et comment la connaissance de ces mêmes faits a pu nous être utile, près du malade, au point de vue thérapeutique.

Comme nous l'avons dit plus haut, les crises spontanées d'hystéro-épilepsie de V... durent parfois cinquante à soixante heures, et nous rappellerons qu'elles mettent souvent sa vie en danger.

Or, il est possible d'y mettre assez rapidement un terme dans les conditions que nous allons déterminer.

V... porte une zone hystérogène à l'abdomen, à gauche. La compression de cette zone détermine l'attaque, avec aura prémonitoire de la vipère.

Mais cette zone n'existe que dans *un certain nombre d'états de personnalité du malade*, comme aussi il n'est

©BIUM

possible *d'hypnotiser V... que dans certaines périodes distinctes de sa vie.*

Or, il est toujours facile, V... étant en état de grande crise, après avoir comprimé la zone hystérogène, de déterminer, *lorsqu'elle est sensible*, une ébauche d'attaque qu'on arrête aussitôt par la pression du testicule.

Immédiatement alors, on peut faire passer V... à l'état de somnambulisme par la pression des yeux, l'ouverture des paupières et la friction du vertex.

A ce degré, *la suggestion permet de le ramener à sa personnalité normale* et de faire disparaître, comme par enchantement, la grande crise et la majeure partie des malaises.

Telle est la déduction pratique des faits que nous venons d'exposer.

Car il nous est arrivé bien des fois, depuis que nous les avons constatés, d'enrayer les grandes attaques de notre malade et de mettre fin à ses déroulements de personnalité.

Il nous suffisait de savoir que, lorsque V... *se déroule*, telle paralysie motrice correspond à tel état de personnalité avec ou sans conservation de la zone hystérogène abdominale gauche.

D'où l'indication d'intervenir en temps utile pour ramener la personnalité normale.

Nous croyons aussi par ce qui précède, avoir contribué à démontrer combien est intime le lien qui unit les crises nerveuses aux variations de la personnalité.

Car jamais nous n'avons vu chez V... la personnalité se transformer, sans crises ou modifications nerveuses préalables.

L'attaque est chez notre sujet comme la manifestation d'un état morbide pendant lequel, par suite d'une reviviscence des sensations antérieurement emmagasinées, le malade semble relire et dérouler sa vie passée en oubliant les autres périodes de son existence, et s'arrêter parfois comme pour s'y fixer, *à défaut peut-être d'incitation nerveuse suffisante*, à certaines époques de sa vie, pour en revêtir le caractère physique et mental.

©BIUM

Du délire chronique (suite).

M. CHRISTIAN. — Messieurs, j'ai demandé la parole pour une légère rectification. Vous vous rappelez que, dans la dernière séance, à propos des rapports de la mégalomanie et du délire de persécutions, j'ai parlé d'une catégorie de persécutés, qui, suivant moi, ne deviennent jamais mégalomaniaques : ceux dont le délire s'alimente exclusivement, ou du moins principalement, dans les troubles de la sensibilité génitale. J'avais cité plusieurs exemples à l'appui de cette thèse, celui notamment d'un ancien officier de marine, qui est resté à Charenton pendant plus de vingt-sept ans. Vous vous rappelez aussi qu'à ce moment, M. Doutrebente m'a interrompu, me disant qu'il avait bien connu ce malade, qui, pour lui, avait été bel et bien un mégalomaniaque. M. Briand, de son côté, a aussitôt relevé cette affirmation de M. Doutrebente, se réservant de la faire valoir dans son argumentation.

Il est clair que, si M. Doutrebente a raison, ma théorie pèche par la base et ne saurait se soutenir.

J'aurais pu, il est vrai, répondre au moment même à mon honorable contradicteur, mais je me méfiais de mes souvenirs, et je n'ai voulu apporter dans le débat que des documents absolument authentiques.

Or, voici quelle est l'histoire de mon malade : né en 1804, il avait été placé à Charenton, en 1854, et y était mort au mois de février 1881, des suites d'un érysipèle de la face. Dans ce long intervalle, il a été observé successivement par les médecins qui se sont succédé à Charenton, et qui ont eu à se prononcer sur son état mental, et il se trouve qu'en 1870, le 5 mai, c'est-à-dire vers l'époque où M. Doutrebente a connu le malade, je relève un certificat détaillé de M. Calmeil, conçu dans les termes suivants (je copie textuellement) :

« M. K... a servi avec une véritable distinction en « qualité de capitaine de frégate, mais est atteint de- « puis plus de vingt ans de délire des persécutions ; — « il éprouve dans l'intérieur de la tête, dans différentes « parties du corps, des sensations étranges dont la « peinture est retracée dans ses écrits, et qu'il expli- « que par le magnétisme ; — il croit à l'existence d'une

©BIUM

« machine invisible, animée par l'esprit des magnéti-
« seurs, dont le rôle consiste surtout à bouleverser la
« société et à torturer certains individus ; — il affirme
« que cette machine produit les épidémies, fomente
« les crimes, trouble l'harmonie des sociétés ; — il a
« dénoncé cette perfide invention au préfet de po-
« lice, etc. »

Vous le voyez, il n'est fait aucune mention, dans ce certificat, d'idées de grandeur. Je serais donc en droit de dire qu'à cette époque (1870), les idées de grandeur n'existaient pas. Je n'irai pas jusque-là : je me bornerai à dire que, si elles existaient, ce n'a pu être que d'une façon accessoire, et que M. Calmeil les regardait comme une quantité négligeable.

Dans les notes mensuelles que j'ai soigneusement relevées sur nos registres, je constate que deux fois seulement il est fait mention d'idées de grandeur : en mai 1854 : « X... est frère de l'Empereur et un personnage extraordinaire », — et en janvier 1873 : « lypémanie « partielle avec hallucinations et idées de grandeur et « de persécution, etc. »

Il en résulte encore que, si les idées de grandeur ont existé, et notez que je ne les ai jamais niées, — elles n'ont cependant jamais été qu'accessoires, secondaires.

Une dernière preuve m'est fournie par les écrits du malade qui consignait, jour par jour, dans de volumineux cahiers, toutes ses impressions. Dans un de ces cahiers (et ils se ressemblent tous d'une façon remarquable), X... fait sa généalogie : vous pensez peut-être que lui, qui s'est cru frère de l'Empereur, va se forger d'illustres ancêtres ? Nullement; il énumère ses ascendants tels qu'ils ont réellement existé.

En résumé, Messieurs, il me semble établi que chez X... il n'y a jamais eu de mégalomanie : ce malade a eu des idées de grandeur, mais, comme je le disais ici même, quand je vous ai lu son observation (1), ces idées de grandeur étaient mélangées aux idées de persécution; elles n'ont jamais été prédominantes, — et c'est là ce qu'il m'importait d'établir.

(1) *Ann. médico-psychol.*, 1882, t. VII, p. 126.

©BIUM

M. Doutrebente répond à M. Christian qu'il n'a point prétendu que les idées de grandeur étaient prédominantes chez le capitaine L...; il s'est borné à faire remarquer qu'il avait eu l'occasion de les constater à plusieurs reprises et d'une façon très nette, chez ce malade, alors que M. Christian le citait comme un exemple d'un persécuté indemne de conceptions ambitieuses; il sait, du reste, que le capitaine L... se gardait de les manifester à tout propos, ce qui ne veut point dire qu'elles ne dominaient qu'accidentellement son esprit.

M. Delasiauve insiste pour qu'on ne considère point, en pareil cas, les idées de grandeur comme une conséquence ou une terminaison du délire des persécutions; pour lui, il y a là une simple manifestation délirante épisodique et non une évolution de la maladie.

Internement de M. le baron R. Seillière.

M. Briand propose l'ordre du jour suivant, qui est voté par acclamations :

« La Société médico-psychologique adresse à MM. Falret et Motet l'expression de sa plus vive sympathie à l'occasion des attaques aussi inqualifiables qu'imméritées dont ils ont été récemment l'objet de la part d'une certaine presse. »

M. Motet. — L'internement de M. le baron S... dans une maison de santé est devenu l'occasion d'une campagne menée avec une telle violence qu'on est en droit de se demander ce qui se cache sous des accusations que rien ne justifie, sous des détails absolument inexacts, sous des interprétations d'une malveillance qui n'a jamais été aussi agressive.

Mêlé, dès le début, à cette affaire, si j'y suis intervenu, appelé par une famille, c'est que déjà dans une circonstance non moins pénible pour elle, j'avais été chargé de constater l'état mental de l'un des siens. J'ai vu M. le baron S... pour la première fois le 18 mai 1887; j'ai dit en mon honneur et conscience ce que je pensais de son état, et depuis, j'ai laissé sans réponse tout ce que les journaux ont publié. J'aurai manqué au premier des devoirs de ma profession en donnant des détails : j'aurais violé le secret médical : je me suis tu.

Mais après l'interpellation portée devant la Chambre

©BIUM

des députés le 24 juin 1887 par M. Jules Gaillard, député du département de Vaucluse, j'ai bien le droit de penser qu'il n'y a plus de secret médical à garder et que, si malgré les efforts de M. le ministre de l'Intérieur, de M. le président de la Chambre, on a pu jeter à tous les vents les secrets d'une famille cruellement atteinte, que si, sans pitié, on a pu se livrer à des attaques sans mesure, je pouvais venir devant vous, non pour me défendre, non pour me justifier, mais revendiquer hautement la responsabilité d'un conseil que je devais donner, et rétablir pour vous la vérité des faits que je veux bien encore supposer inconsciemment altérés.

C'est devant vous, Messieurs, devant mes pairs, et non devant des juges incompétents et prévenus qu'il me convient de porter une question sur laquelle je ferai la lumière.

M. le Dr Motet communique à la Société médico-psychologique: 1° une consultation en date du 18 mai 1887, 2° une consultation signée de M. le professeur Charcot, en date du 24 mai, 3° une longue suite d'écrits de M. le baron S...

Dans la première consultation, celle qui a précédé l'internement, M. Motet détermine sous le nom d'accès d'excitation maniaque l'état de M. le baron S.... Les violences du langage, les menaces contre plusieurs membres de sa famille, non moins que les exagérations vaniteuses caractérisent suffisamment cet état. Cependant, M. Motet laissait encore entrevoir la possibilité du retour du calme, et ne concluait à la nécessité de l'internement que dans le cas où l'excitation persisterait. Ce qui décida la famille de M. le baron S.... à agir, ce fut à la fois l'agitation croissante du malade et une lettre de son conseil judiciaire qui, ému de l'état de M. le baron S..., crut de son devoir d'avertir son frère de l'exaltation inquiétante dans laquelle il venait de le voir, et de l'impossibilité où il s'était trouvé de traiter avec lui les affaires d'intérêt dont il avait à lui rendre compte.

Ce placement eut lieu sans violence, et la scène du domestique qui se serait emparé du malade, est de pure invention.

La consultation, en date du 24 mai, a été rédigée à la suite de la visite du professeur Charcot, à la maison de santé de Vanves. L'état de M. le baron S... à ce mo-

©BIUM

ment, y est exposé avec détails. Ce qui frappa les médecins consultants, c'est l'indifférence du malade sur sa situation. Son intarissable loquacité, une attitude, une manière d'être générale qui n'est pas celle d'un malade de fraîche date : ils expriment l'opinion que M. le baron S... pourrait bien avoir déjà eu des accès du même genre; ils insistent sur la nécessité de l'isolement dans une maison de santé spéciale, et le considèrent comme la seule mesure qui puisse sauvegarder le malade contre des entraînements auxquels il est incapable de résister.

Le même jour, 24 mai, M. le Dr Laborde, constatait, conformément à la loi, l'état mental de M. le baron S... et adressait à M. le préfet de police un rapport dans lequel il concluait, lui aussi, à la nécessité de l'internement. Plus tard, M. le Dr Garnier, médecin en chef de l'infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de police, était envoyé par M. le préfet qui lui demandait d'urgence un rapport. Entre tous les médecins qui ont visité M. le baron S..., il n'y a pas une dissidence dans l'appréciation d'un trouble mental qui, progressivement, a passé de l'excitation maniaque au délire maniaque avec des idées de grandeur incohérentes, contradictoires; on les retrouve dans les écrits dont M. Motet lit les passages suivants :

Du 19 juin 1887 :

Ma généalogie précise
Jupiter et Junon
Confucius
Moïse
Salomon
Jules César

...Un rejeton apparaît dans le désert, Mahomet. Puis moi. A chercher naturellement la filiation de ma famille récente et on trouvera que j'ai, par très loin, un aïeul de sang Maure.

Je suis le petit-fils de don Juan d'Autriche et d'une fille Maure de sang pur de Mahomet, qu'il a faite prisonnière à la bataille de Lépante. Mon instinct m'a fait acheter *il y a trois ans* un bijou souvenir de mon aïeul Don Juan portant une inscription que personne ne comprend. J'étais très à court d'argent, et rien n'a pu m'empêcher de l'acheter.

©BIUM

Salut et souvenir à mon grand père Don Juan, mon humble respect à ma grand'mère du sang des Purs.

En traduisant S..., en Espagnol puis en Maure, on aura le nom de ma grand'mère Don Juan. Mon nom est celui de la fille de Mahomet, l'unique de son sang pur. Cheillire de la Seillire.

La logique de ma filiation est bien claire, et je porte mon nom francisé qui veut dire en Maure : Chef, et Mahomet ne l'a pas donné à la légère à sa fille.

20 juin — Mahomet eut une seule fille légitime, ma grand'mère dont je porte le nom. Par un hasard, sa progéniture est faite prisonnière à Lépante par Don Juan qui devait avoir quelque trace de sang pur dans les veines. Son affinité lui fait épouser devant Dieu cette Mauresque et il n'ose l'avouer à cause du préjugé de religion. Puis moi, dont je vais expliquer l'incarnation et qui résume tous mes ancêtres. Ma vie jusqu'à ce jour est une vie de passion aussi sublime que celle de Jésus qui versa son sang pour la Rédemption de l'humanité, paya la faute de ses ancêtres.

21 juin. — Les forêts, les produits de la terre tout cela est faux. Le charbon de terre, c'est nos anciens arbres des forêts enfouis, et en faisant renaître le Paradis terrestre que Dieu a changé en désert, vous aurez là la végétation, les légumineuses et les vrais aliments créés par Notre Père pour ceux créés par lui, à son image. Tout cela va renaître par Dieu qui se sert de moi comme instrument inconscient et se pliant toujours sans aucune exception comme cela a été l'emblème de ma vie passée comme dans ma vie future, pour être le vrai Messie attendu et annoncé depuis la première faute de l'homme créé à son image. Gloria, gloria, gloria Dei Patris *Noster*.

Inconsciemment et par sa volonté seule j'ai été nourri de sa manne pure comme mon ancêtre Moïse, etc., etc.

MARIE CHEILLIRE.

Dans ces dernières pièces, il n'y a plus seulement de l'excitation maniaque, dit M. Motet : le délire sous forme de délire des grandeurs y apparaît avec les exagérations morbides les plus manifestes, confirmant le récit publié par les journaux de l'entrevue de M. le préfet de police avec le malade.

©BIUM

M. Motet, en mettant en relief certains passages de ces écrits, montre que le délire a des racines profondes dans le passé, et que si, aujourd'hui, on est en présence d'un état aigu, la préparation a été longue; que les accidents cérébraux actuels sont la manifestation d'une lésion ancienne déjà, insidieuse, dans sa marche progressivement envahissante.

Il termine ainsi :

Si M. Gaillard, député de Vaucluse, s'était posé en défenseur de la liberté individuelle, son inexpérience, son ignorance à peu près complète de la question qu'il prétendait traiter, eût été fort excusable. Mais, sans autre argument que celui-ci : « On a enfermé un homme qui n'était pas fou, s'il l'est aujourd'hui c'est qu'on l'a rendu fou », M. Gaillard s'est livré à des appréciations aussi erronées qu'injustes sur les médecins. Peut-être partage-t-il l'opinion de celui de ses collègues qui a lancé cette phrase : « La plupart des aliénistes sont des aliénés. » Je comprends alors qu'il ait tenu en si pauvre estime les consultations qui ne disaient pas brutalement, — M. le baron S... est atteint d'aliénation mentale, et qu'il en ait conclu que notre malade n'était pas fou.

Si M. Gaillard, de Vaucluse, veut bien permettre à un aliéniste qui, jusqu'à présent, n'est pas arrivé à un état d'aliénation mentale grave (du moins il l'espère), de lui donner un renseignement d'ordre scientifique, il saura désormais qu'aliénation mentale est un terme très général qui comprend toutes les variétés du genre, et qu'un certificat médical disant tout simplement, comme le voudrait M. Gaillard, qu'un homme est atteint d'aliénation mentale nous paraîtrait insuffisant, et nous laisserait tout le diagnostic à faire. Si nous disons excitation maniaque ou dépression mélancolique, si nous y ajoutons quelques détails comme tremblement fibrillaire des muscles de la face, inégalité de la dilation pupillaire, hésitation dans la parole, cela pourra bien sembler à M. Gaillard, de Vaucluse, aussi amusant que la *sputation fréquente* si heureusement trouvée par Molière. Peut-être cela prendrait-il pour lui plus d'importance, s'il savait que ces « petits symptômes » dont on rit si agréablement à nos dépens, sont pour nous des signes d'une exceptionnelle gravité, et nous permettent d'af-

©BIUM

firmer que le malade qui nous les présente est atteint d'une lésion cérébrale qui ne pardonne pas.

Nous ne pouvons pas, nous ne devons pas nous défendre contre des accusations odieuses. Nous n'avons pas le droit de livrer des secrets que nous avons reçus dans l'exercice parfois si pénible de notre profession. Nous n'avons qu'une chose à faire, nous conduire comme conseillait il y a quelques jours de le faire, un des vétérans de la presse, M. Ranc en parlant des affaires d'honneur. « Il n'y a qu'un moyen, disait-il, de se tirer d'affaire, c'est de se conduire le plus correctement possible, sans se préoccuper le moins du monde de ce que le lendemain diront les badauds. »

J'espère, Messieurs, vous avoir donné la preuve que rien dans ma conduite ne prête à une interprétation douteuse. Votre jugement, les témoignages de sympathie et d'estime que vous m'avez spontanément donnés ainsi qu'à mon excellent et si honorable collègue M. Falret, me suffisent, et je vous remercie.

M. FALRET. — A la suite de la communication de M. Motet, j'ajouterai quelques détails sur l'état du malade depuis qu'il est soumis à nos soins.

M. le baron S... a passé successivement par les états les plus différents ; nous l'avons vu avec le délire de grandeur le plus exagéré, les impulsions les plus violentes, et les périodes d'un calme relatif. Cette dernière semaine a été particulièrement tourmentée. Il y a eu des crises d'une agitation maniaque extrême. M. le baron S... a brisé deux portes dans son appartement, il a frappé l'un de ses domestiques avec un verre enveloppé dans une serviette et manié comme une fronde. Il se défendait contre d'imaginaires ennemis : se croyant le Christ il a voulu jeûner pendant quarante jours, seulement, il a commencé par le trente-huitième jour, et a fini par accepter des aliments. Mais ce n'a pas été sans peine. Il a des craintes d'empoisonnement, et il exige que le surveillant partage son dîner. Il y a trois jours, il a eu des crises épileptoïdes suivies d'un état syncopal qui m'a donné les plus vives inquiétudes ; j'ai dû passer plusieurs heures auprès de lui, entretenant à grand'peine sa vie prête à s'éteindre. A la suite de cette crise, M. le baron S... a eu une lueur de lucidité, il a reconnu

©BIUM

qu'il venait d'être gravement malade, il nous a remerciés de nos soins; puis un nouvel accès est survenu, aussi violent, aussi désordonné. Pendant la nuit qui l'a suivi, M. le baron S... n'a pas beaucoup dormi, il voulait à chaque instant s'assurer que le surveillant était à ses côtés.

La situation est très grave : la vie de M. le baron S... est en danger, soit par suite de l'épuisement nerveux consécutif à une agitation sans trêve, à un délire qui semble chaque jour prendre une forme nouvelle, soit par suite de la marche rapide d'une lésion cérébrale qui a marché très vite dans ces derniers temps.

Pour ma part je suis inquiet; je crains que le malade, par le fait de l'évolution d'une lésion cérébrale déjà très étendue, ne soit pris des accidents qui appartiennent au délire aigu, et qu'il ne succombe. Nous aurons fait tout ce que nous pouvions faire pour essayer de ramener le calme. Il n'y a eu que de très courtes et très rares lueurs de raison. Pendant ces moments d'accalmie, le malade n'est pas moins bon avec ses domestiques qu'il l'a été avec nous-mêmes. Seulement ce ne sont que des lueurs, et M. le baron S... retombe presque aussitôt dans son état de délire bruyant, agressif. Tantôt il refuse les aliments qu'on lui présente, tantôt il mange avec avidité, rien n'est plus mobile que cet état, où, pour le moment, dominent les idées d'empoisonnement.

Ce qu'il y a lieu de craindre, c'est le retour des crises épileptoïdes, des syncopes. M. le baron S... peut-être emporté à la suite de l'une d'elles.

On s'étonne que nous interdisions les visites. Nous n'avons voulu éloigner que les personnes dont l'intervention ne ferait qu'accroître l'agitation délirante, déjà si intense. M. le baron S... a reçu la visite de madame sa sœur, de l'un des amis de sa famille; nous ne pensons pas qu'il soit utile de laisser approcher de lui, quant à présent, d'autres visiteurs. Le curateur, nommé par le Tribunal, a été conduit par nous auprès de lui. Dans l'intérêt du malade lui-même, nous sommes d'avis qu'il faut éviter de lui apporter de nouvelles causes de trouble.

M. Paul Garnier. — Je ne veux ajouter que quelques mots aux explications si nettes et si concluantes de MM. Motet et Falret, concernant l'état mental de

©BIUM

M. R. S... M. le préfet de police m'a chargé, vous le savez, d'examiner le malade que j'ai vu deux fois, à quelques jours d'intervalle. Lors de ma première visite à Vanves, j'ai trouvé M. R. S... très surexcité et dans des dispositions assez agressives : son agitation était telle qu'il me fut à peine possible d'échanger avec lui quelques paroles. A travers une gesticulation violente, désordonnée, il fait entendre qu'il ne veut admettre en sa présence que le ministre des Etats-Unis ; il est, dit-il, citoyen américain et ne relève point des autorités françaises ; il crie que M. le Procureur général et M. le Préfet de police devront être incarcérés, au plus tôt, à Mazas, et il annonce de terribles représailles contre la France, de la part des Etats-Unis ; puis, il parle du pape, son meilleur ami, se perd dans des divagations obscènes, accumulant les absurdités, sans cesser un instant de se mouvoir avec emportement, de s'exprimer avec une extrême volubilité et sur le ton le plus véhément. Quand je le quitte, en l'invitant à formuler ses réclamations dans une note manuscrite que je lui promets de venir chercher sous peu, il s'anime encore plus et m'intime l'ordre de ne plus reparaître devant lui.

Trois jours après, je revis M. R. S..., non qu'il fût besoin, bien entendu, d'une nouvelle visite pour me convaincre de la réalité d'une perturbation mentale aussi flagrante, mais pour me permettre de suivre un peu celle-ci dans son évolution, car tout montrait que l'on se trouvait là en présence d'une crise maniaque aiguë. M. R. S... était, à cette seconde visite, toujours loquace, exubérant, mais il était d'humeur plus conciliante et d'un abord très facile. Il m'assure qu'il est enchanté de me revoir, que cela va très bien se passer, et que tout sera pour le mieux. Il m'apprend qu'il s'occupe à écrire des mémoires et me montre les nombreuses pages qu'il a déjà remplies. Il veut que j'en aie la primeur, dit-il, et il m'en fait la lecture en soulignant certains passages de grands éclats de rire ; c'était bien là, ai-je besoin de le remarquer, une production d'un cerveau en délire ; les propositions les plus fantaisistes, les divagations ambitieuses se trouvaient jetées pêle-mêle, et attestaient le plus complet désordre des idées. A ce moment, il n'y avait ni embarras de la parole, ni inégalité pupillaire.

©BIUM

J'ai conclu à un accès maniaque, en faisant remarquer que, dans l'état présent, on ne pouvait poser le diagnostic de paralysie générale, quelque grandes et légitimes que pussent paraître les craintes à cet égard.

Ce qui m'a le plus frappé, je dois le dire, c'est la marche irrégulière, saccadée, paroxystique et la mobilité d'aspect de l'affection mentale dont M. R. S... est atteint. Assurément, la situation est grave, et, cependant, il ne serait pas impossible, surtout si l'on tient compte de certains antécédents dont il vient d'être parlé et sur lesquels on possède des renseignements certains, il ne serait pas impossible, dis-je, qu'une amélioration rapide se produisît, particulièrement sous l'influence d'un traitement spécifique et que le délire et l'excitation disparussent à bref délai, laissant le malade plus ou moins affaibli, mais assez calme et lucide pour que la question de sa mise en liberté puisse être agitée. Cette éventualité acquiert, dans les circonstances présentes, une grande importance ; je n'ai pas voulu omettre d'y faire allusion dans le rapport que j'ai adressé à M. le préfet de police ; j'ai indiqué, en effet, qu'il ne serait pas très surprenant, étant donnés les symptômes observés chez M. S..., qu'une transformation, qu'une amélioration très notable survînt, dans l'état mental de M. S..., dans un délai assez court, délai qui n'excéderait peut-être pas six semaines ou deux mois.

La séance est levée à six heures.

PAUL GARNIER.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine. — Séance du 16 août 1887.

Sur l'affaire R. Seillière. — Internement et mise en liberté d'un aliéné.

M. B. Ball. — Depuis quelque temps, une affaire retentissante a violemment attiré l'attention de la presse et du public. Je ne veux certainement pas revenir sur les incidents multiples de l'affaire Seillière; mais, en présence des attaques insensées dont quelques-uns de nos confrères les plus honorables viennent d'être l'objet, il m'a paru nécessaire d'élever la voix dans cette enceinte, pour protester au nom de notre corporation tout entière, contre des accusations aussi odieuses que ridicules. L'indépendance absolue de ma position m'en donne le droit, et la situation officielle que j'occupe m'en fait presque un devoir.

Le baron Seillière a été mis en liberté. Un médecin de la préfecture, opérant par voie administrative, a déclaré que son état actuel justifiait sa sortie. — Or, à peine élargi, le baron a rempli la presse anglo-américaine de ses plaintes rétrospectives, qui ont été immédiatement répercutées par la presse française.

On a vu paraître, dans les feuilles publiques, un journal rédigé par le malade pendant son internement; et l'on apprenait ainsi que dès son entrée dans la maison de M. le Dr Falret, il aurait été l'objet de tentatives criminelles, destinées à lui faire perdre la raison et la vie. Les injections hypodermiques auraient été pratiquées dans le but de troubler ses facultés intellectuelles. Plus tard il aurait été enfermé dans une chambre où des gaz toxiques étaient projetés à travers une fissure du plancher, afin de le faire périr par asphyxie, et c'est avec les plus grandes difficultés qu'il aurait échappé à cette tentative d'as-

©BIUM

sassinat; enfin, on lui aurait mis la camisole de force pour lui ingurgiter un liquide corrosif, dont les éclaboussures auraient brûlé ses vêtements.

Des organes sérieux de la presse reproduisent ces divagations. Vous en reconnaîtrez facilement l'insanité.

Mais est-il possible, à l'époque où nous vivons, de répondre par le mépris seulement à des assertions semblables? Ce serait méconnaître absolument les mœurs contemporaines.

J'affirme, d'après mon expérience personnelle, que cet étrange roman a provoqué une émotion profonde dans toutes les classes de la société; et ce sera l'un des étonnements des hommes de science de voir que le diagnostic formulé par les autorités les éminentes n'a pas suffi pour contrebalancer, dans l'esprit du grand public, les assertions sans fondement de quelques journalistes.

Est-il nécessaire de prouver à la société dans laquelle nous vivons que les aliénistes ne sont pas des assassins? On pourrait croire que le simple bon sens suffit pour faire justice de ces attaques insensées; et pourtant il n'en est rien.

Il est aujourd'hui démontré que la probité la plus incontestable, l'abnégation la plus absolue, et les plus vastes connaissances scientifiques, ne suffisent pas pour défendre un savant des accusations les plus invraisemblables, s'il est médecin et s'il a le malheur de s'occuper des aliénés.

Je ne sais s'il appartient à l'Académie d'ouvrir une discussion sur des faits pareils. Mais je ne puis réprimer le sentiment de douleur et d'indignation que j'éprouve en présence des calomnies qui se propagent sans obstacle dans la masse du public, et jusque dans l'enceinte des assemblées législatives.

Les aliénistes qui en font partie éprouveront sans doute le besoin de protester. Pour moi, j'ai déchargé ma conscience, et je ne crains pas d'en appeler dans cette circonstance solennelle aux sentiments de justice et de dignité qui ont toujours animé les membres de cette compagnie. *(Applaudissements.)*

©BIUM

Académie royale de médecine de Belgique. — Séance du 27 juin 1887.

De l'hospitalisation des épileptiques.

L'Académie royale de médecine de Belgique, sur la proposition de M. Hambursin, nommait, dans la séance du 28 novembre 1885, une commission, composée de MM. Crocq, Hambursin et Masoin, chargée d'étudier la question de l'assistance publique des épileptiques. Cette commission se mit aussitôt à l'œuvre, et, dès la séance suivante, elle proposa à l'Académie « de demander au gouvernement une enquête sur la situation des épileptiques en Belgique. Cette enquête devrait porter sur leur nombre dans le royaume, sur leur admission dans les hôpitaux, dans les établissements d'aliénés, et, autant que possible, sur le nombre et les conditions d'existence des épileptiques qui se trouvent en dehors des conditions prémentionnées. » Cette demande de la Commission, approuvée par l'Académie, fut transmise aux ministres compétents, qui adressèrent des circulaires aux asiles d'aliénés, aux hôpitaux et aux autres établissements de bienfaisance. Les renseignements arrivèrent ; et la commission chargea un de ses membres, M. Masoin, de dépouiller le dossier des documents obtenus et de présenter à l'Académie un premier rapport, destiné à les résumer, sans entrer dans le fond même de la question.

M. Masoin divise son rapport en trois parties. La première comprend la statistique de tous les épileptiques placés dans les asiles d'aliénés du royaume à la date du 31 mars 1886. A cette date, les 42 établissements d'aliénés de la Belgique, 40 asiles fermés et 2 colonies (Gheel et Lierneux), renfermaient un total de 851 épileptiques : 458 hommes et 393 femmes. Ces établissements contenant, à la même date, environ 8,510 aliénés séquestrés, on arrive à voir que, sur 10 aliénés, on trouve 1 épileptique.

En ce qui concerne l'enquête faite dans les établissements de bienfaisance et dont les résultats sont donnés dans la deuxième partie du rapport, elle présente moins de précision et d'exactitude. Elle fournit 649 épileptiques, dont le plus grand nombre sont placés dans divers hospices. Ces 649 épileptiques se décomposent en 304 hommes et 345 femmes.

La troisième partie du rapport a trait aux épileptiques

©BIUM

« traités ou abandonnés à domicile ». On comprend aisément, sans qu'il soit nécessaire de s'étendre sur ce point, combien est difficile le recensement exact de cette catégorie de malades. Aussi n'est-on nullement étonné de ne trouver que les regrets du rapporteur et l'expression d'un vœu, celui de voir sur ce point recommencer l'enquête et de faire en sorte d'obtenir du gouvernement des documents plus sérieux et plus complets.

Aux trois questions que s'était posées la commission : — Combien il y a d'épileptiques séquestrés dans les asiles d'aliénés ; — combien d'épileptiques simplement hospitalisés ; — et combien conservés dans leurs familles ; les documents fournis ont permis de répondre d'une façon satisfaisante à la première, d'une manière incomplète à la deuxième, et pas du tout à la troisième. Le nombre total des épileptiques recensés est de 1500 (762 hommes et 738 femmes).

« La situation de tels infortunés, dit en terminant M. Masoin, appelle une sympathie spéciale ; une maladie si redoutable attire naturellement notre attention, messieurs, comme aussi celle de tous les autres hommes de cœur ; et ici notre pensée se porte naturellement avec une profonde reconnaissance vers l'auteur de la donation généreuse et magnifique qui est confiée à l'Académie pour récompenser d'une manière exceptionnelle (prix de 33,000 francs) l'heureux médecin qui réaliserait le vœu du donateur anonyme, soit la découverte d'un remède curatif de l'épilepsie. Si nous pouvions un jour décerner ce prix, si en attendant nous pouvions améliorer la situation des malheureux épileptiques, obtenir que, si les portes de certains hôpitaux se ferment devant eux, ils soient reçus du moins dans des quartiers spéciaux ou dans des instituts expressément disposés pour eux, l'Académie aurait rendu à l'humanité un service inoubliable et ce serait pour elle un sujet d'éternel honneur.

« Mais il ne suffit pas — nous le savons tous fort bien — il ne suffit pas que vous formuliez des préceptes, même les plus sages ; il faut encore que les pouvoirs publics ouvrent l'oreille à votre parole et qu'ils mettent la main à l'œuvre. Heureusement, dans la question présente, nous croyons entrevoir déjà des motifs d'augure favorable ; déjà dans la séance tenue par le Sénat, le 16 mars 1886, l'honorable ministre de la justice a fait un accueil bienveillant aux observations qui lui étaient présentées par M. de Bruges de Gerpinnes concernant l'assistance des épileptiques. Il y a d'ailleurs ici tant d'intérêts et de mobiles

©BIUM

en cause, d'un côté, l'embarras des familles, même des familles riches, — et vous avez pu, messieurs, en être témoins, — l'embarras des communes, — nous l'avons constaté dans ce rapport — la situation de certaines administrations hospitalières que nous avons signalée tantôt ; il y a, d'autre part, une infortune si grande et si délaissée, qu'il est impossible, ce me semble, de se refuser d'accorder attention et sollicitude à une telle situation. »

M. Semal demande qu'on passe à la discussion sans attendre des documents plus complets. En attendant la terminaison de l'enquête, on peut toujours aborder le fond de la question, examiner ce qu'il convient de faire dans l'intérêt des épileptiques, et dans quelle mesure il y a lieu de faire intervenir l'Etat ou les administrations communales et provinciales. D'ailleurs, cette enquête, si elle aboutit, sera toujours incomplète ; celle même qui nous est donnée comme tout à fait correcte, celle des établissements d'aliénés, peut être considérée comme fautive, non au point de vue des chiffres, mais au point de vue de l'esprit de la statistique. « Il semble que tous les épileptiques qui sont dans les asiles d'aliénés soient aliénés ; or, c'est là une grave erreur ; nous sommes à chaque instant obligés d'admettre dans des établissements d'aliénés des épileptiques simples. »

M. Masoin. — M. Semal critique la statistique relative aux établissements d'aliénés et à laquelle il a d'ailleurs collaboré. Il cite un fait grave et que je ne crois pas pouvoir laisser passer sans réclamation. Il dit qu'il y a des épileptiques non aliénés dans les asiles d'aliénés ; or, c'est illégal, et ce ne peut être qu'exceptionnel.

M. Semal. — La différence entre les aliénés épileptiques et les épileptiques simples est si fugace, si indécise, que l'on profite de cette indécision pour placer des épileptiques simples dans nos établissements d'aliénés ; nous-même, par des raisons d'humanité, nous nous prêtons à ce subterfuge.

La suite de la discussion est remise à la prochaine séance.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

Anatomie pathologique du système nerveux. Cours complémentaire professé à la Faculté de médecine de Paris pendant l'année scolaire 1883-1884 ; par le Dr Raymond, agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. 1 vol in-8 avec 114 figures intercalées dans le texte et 2 planches en chromolithographie. Paris 1886. Adrien Delahaye et Em. Lecrosnier, éditeurs.

Exposer en trente et une leçons, et avec autant de clarté que comporte la difficulté du sujet, toutes nos connaissances actuelles sur l'anatomie pathologique du système nerveux, tel a été le but de M. Raymond, dans le cours complémentaire, professé pendant l'année scolaire 1883-1884. En livrant ses leçons à la publicité, le professeur désire « vulgariser, en les simplifiant autant que possible sans nuire à la clarté du sujet, les données relatives à l'anatomie pathologique du système nerveux. » Et M. Raymond ajoute dans sa courte préface : « Ces données sont éparses dans une série d'ouvrages, de mémoires ou de leçons consacrées au système nerveux. Les réunir dans un même tout, les coordonner, les discuter, les appuyer sur des faits qu'il m'a été donné d'observer pendant mon séjour aux Incurables, telle a été la pensée qui m'a guidé. »

Dans sa première leçon le professeur fait l'historique de son sujet. « L'anatomie pathologique, dit-il, est une science relativement récente, et son historique tient à peu près dans l'espace d'un siècle. Plus récente encore est la connaissance et l'étude des lésions du système nerveux, étude qui a été faite, presque en entier, dans ces vingt dernières années. » Ce passage provoquera plus d'une objection de la part des historiens de la médecine, qui ont pour habitude de considérer Théophile Bonet comme le fondateur de l'anatomie pathologique. Or ce savant vivait au dix-septième siècle et son célèbre *Sepulchretum anatomicum* parut en 1679. C'est donc un siècle au moins à ajouter à l'historique de cette science.

L'étude des lésions du système nerveux, selon M. Raymond, a été faite presque en entier dans ces vingt dernières années, et a pour point de départ les travaux de Duchenne, de Boulogne ; c'est de la même époque que dateraient les premières

©BIUM

recherches sur les lésions anatomique de la paralysie générale. Le professeur tombe là dans une erreur chronologique, qui s'explique par l'hypothèse dont il est parti. En effet, tout ayant été fait dans ces vingt dernières années, il faut ou nier les acquisitions antérieures, ou les faire entrer de force dans la période indiquée. L'histoire de l'anatomie pathologique du système nerveux ne se réduit pas aux quatre lustres admis par M. Raymond, et qui — personne n'oserait le contester — ont été exceptionnels par le nombre et la valeur des découvertes. Il y a eu, dans le premier tiers du siècle, une période d'une dizaine d'années — de 1820 à 1830 — où les questions qui passionnent aujourd'hui à un si haut degré les chercheurs, étaient déjà l'objet des préoccupations des médecins en renom. Ce mouvement scientifique, qui semble avoir eu pour cause d'impulsion les travaux de Gall, a été illustré par les travaux de Foville et Pinel-Granchamp, par les livres de Bouillaud et de Rostan sur le ramollissement cérébral, par celui de Rochoux sur l'apoplexie, par les lettres de Lallemand sur l'anatomie pathologique de l'encéphale, etc. C'est à cette époque (en 1826), et non trente ans plus tard, que furent découvertes et décrites les lésions de la paralysie générale, que parurent les ouvrages de Bayle et de Calmeil, etc. Nous ne voulons certes pas comparer les deux périodes ; mais il nous semble que cette dernière, par les travaux qu'elle nous a légués et par les noms de ceux qui les ont accomplis, méritait du moins une mention spéciale dans un historique des progrès de l'anatomie pathologique du système nerveux dans notre siècle.

Après un leçon sur l'inflammation en général et ses rapports avec les lésions aiguës ou chroniques du système nerveux, le professeur en consacre deux autres, d'une lecture des plus attachantes, à la physiologie générale du système nerveux et aux relations anatomiques des éléments nerveux. Puis, passant au cœur de son sujet, il étudie d'abord l'anatomie normale et pathologique des méninges, et après s'être arrêté un moment à cette question si délicate et si controversée des localisations cérébrales, il aborde la description des lésions du cerveau et de ses dépendances, pour arriver à celles de la moelle. Les dernières leçons sont consacrées aux nerfs périphériques, aux organes des sens, et enfin aux troubles trophiques.

Toutes ces questions sont traitées avec clarté et précision, qualités essentielles de tout enseignant. Ces leçons intéresseront autant les débutants que les médecins qui ont depuis

©BIUM

longtemps quitté les bancs de l'Ecole. Ceux-ci qui n'ont guère le loisir de se tenir au courant de toutes les publications spéciales, y trouveront un heureux « aperçu des vues nouvelles, ayant cours dans la science, sur la structure normale et pathologique du système nerveux ». Ce livre est d'ailleurs d'une agréable lecture, facilitée par de nombreuses figures intercalées dans le texte, qui permettent de suivre avec plus de profit les descriptions.

Dr Ant. Ritti.

La suggestion mentale et l'action des médicaments à distance ; par Eugène Alliot, médecin à Meung-sur-Beuvron (Loir-et-Cher). Brochure de 86 p., J. B. Baillière et fils, éditeurs, 1886.

Sous ce titre un peu fallacieux, l'auteur ne nous offre ni des faits établissant la réalité de la suggestion mentale, ni des observations nouvelles de l'action des médicaments à distance. Tout cela lui paraît connu, établi, indiscuté, à tel point qu'il n'en est même pas directement question dans son livre, tout entier consacré à exposer une nouvelle théorie de l'électricité, et à commenter au point de vue d'une philosophie transcendante et nébuleuse, la thèse de M. Berjon intitulée : *La grande hystérie chez l'homme*, analysée dans les *Annales*.

L'auteur part de ce principe que, ce que la science positive ne peut expliquer, devient lumineux au flambeau de la métaphysique. Ainsi l'électricité, dont les savants ne connaissent pas l'essence, c'est le fluide universel, c'est le souffle divin, le principe de toute vie, du son, de la chaleur, de la lumière, du mouvement ; c'est l'Esprit, c'est tout, c'est Dieu ! Cela étant, M. Alliot n'est pas embarrassé pour fournir l'explication de la suggestion mentale et de l'action des médicaments à distance. Il s'agit tout bonnement de phénomènes de *galvanoplastie* et de *diélectrolyse physiologique*. Voilà ce que n'ont pas vu MM. Bourru et Burot en faisant les expériences relatées dans le travail de M. Berjon. Mais il y a bien d'autres choses encore qu'ils n'ont pas vu, par exemple : « que l'action de l'infini devant avoir dans la vie des peuples des conséquences incalculables, leur découverte peut être le principe d'une modification profonde de l'existence humaine, d'un véritable cataclysme religieux, philosophique, politique et social. » En vérité, c'est à dégoûter des découvertes.

©BIUM

S'il est un métaphysicien intrépide, M. Alliot n'est pas un moins audacieux physicien. Pour lui, l'univers est une pile électrique ; l'hydrogène n'a pas de poids ; l'endosmose et l'exosmose ne sont point constituées par le passage en nature d'une substance au travers d'une membrane ; les morts donnent, de Paris à Nice, des conseils aux vivants par l'intermédiaire des médiums ; il y a trois personnes dans l'homme, qui constituent la pile humaine, etc. ; enfin — pour l'amour de l'électricité, qu'on me pardonne cette dernière citation — « l'homme et la femme sont deux machines électriques dans chacune desquelles nous reconnaissons un condensateur sphérique, et un conducteur excitateur cylindrique et pointu, qui joue en outre le rôle de pendule électrique. »

On voit que la dissertation de M. Alliot, à défaut d'autres mérites, a au moins celui d'une incontestable originalité.

Dr A. Cullerre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— L'angine de poitrine hystérique ; par le Dr J.-R. Le Clerc. Thèse de Paris, 1887.

— Contribution à l'étude des réflexes dans la paralysie générale des aliénés ; par le Dr A.-M. Bettencourt-Rodrigues, ancien interne de la clinique des maladies mentales. Thèse de Paris, 1886.

— Seventy-fourth annual Report of the Royal Edinburgh for the Insane. For the Year 1886 (Soixante-quatorzième rapport annuel de l'asile royal d'aliénés d'Edimbourg, pour l'année 1886). Broch. in-8°, 64 p. Morningside, s. d.

— Les militaires aliénés à l'asile de Marseille. Recherches statistiques, étiologiques et cliniques ; par le Dr Louis Aubin, interne à l'asile d'aliénés de Marseille. Thèse de Montpellier, 1886.

— Manuel des expertises médicales en matière criminelle, à l'usage des magistrats instructeurs et des officiers de police judiciaire ; par le Dr Henry Coutagne, chef des travaux de médecine légale de la Faculté de Lyon. 1 vol. in-18°, cart. à l'anglaise, de la *Bibliothèque scientifique de l'avocat et du magistrat*. Lyon, 1887. A. Storck, édit.

— Eloge de J. Moreau (de Tours), lu à la séance publique annuelle de la Société médico-psychologique du 25 avril 1887 ;

©BIUM

par le Dr Ant. Ritti, secrétaire général de la Société. Broch. in-8° de 48 p. Paris, 1887. O. Doin, édit.

— De l'origine psycho-sensorielle ou psycho-motrice du délire. Lecture faite à la Société médico-psychologique dans la séance du 28 mars 1887, par le Dr J. Cotard. Broch. in-8° de 8 p., s. l. n. d.

— Article Epilepsie, du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*; par le Dr Burlureaux. Broch. in-8° de 100 p. Paris, 1887.

— Article Hémianesthésie, du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*; par le Dr Burlureaux. Broch. in-8° de 34 p. Paris, 1887.

— Leçons sur les fonctions motrices du cerveau (réactions volontaires et organiques) et sur l'épilepsie cérébrale; par le Dr François-Franck, directeur adjoint du laboratoire de physiologie à l'Ecole des Hautes-Etudes, professeur remplaçant au Collège de France. Précédées d'une préface du professeur Charcot. 1 vol. in-4° avec 83 figures dans le texte. Paris, 1887. O. Doin, édit.

— Overzigt en verslag omtrent het Geneeskundig Gesticht voor krankzinnigen be Utrecht over de jaren 1881-1886, aangeboden van H.-H. Huismeester en regenten door Dr A.-Th. Moll, geneesheer-directeur. Broch. in-8° de 144 pages. Utrecht, 1887.

— Essai de psychologie générale; par Charles Richet, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, 1 vol. in-12 de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*, avec figures dans le texte. Paris, 1887. Félix Alcan, édit.

— A contribution to the Pathology of the cerebellum (Contribution à la pathologie du cervelet); par le Dr E. C. Seguin. Extrait du *Journal of nervous and mental disease*. Broch. in-8° de 20 pages. New-York, 1887.

— Sur les médecins-experts. Discours prononcé devant le premier congrès international d'anthropologie criminelle; par le Dr A. Zuccarelli. Broch. in-8° de 8 pages. Rome, 1887.

— Ueber den Hirnkreislauf. Vorlaufige Mitheilung (Contribution à l'étude de la circulation cérébrale); par les Drs G. Gœrtner et J. Wagner, docents à l'Université de Vienne. Extrait du *Wr. Med. Wochenschr*, nos 19 et 20, 1887. Broch. in-8° de 8 pages.

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

— *Décret du* 13 *juillet* 1887. Sur la proposition du ministre de l'intérieur, sont nommés au grade de chevalier de la Légion d'honneur :

M. Fagniez (Léon), sous-chef du bureau des aliénés à l'administration centrale du ministère de l'intérieur; 32 ans de services ;

M. le Dr Espiau de Lamaestre, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de la Ville-Evrard, en fonctions depuis 1877, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien médecin adjoint aux asiles publics de Quatre-Mares et de Cadillac, ancien médecin en chef de l'asile public de Bailleul; plus de 30 ans de services.

— *Arrêté du ministre de l'instruction publique du* 10 *juillet* 1887 : Est nommé officier de l'instruction publique, M. le Dr Hospital (Pierre), médecin de l'hospice des aliénés de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), délégué cantonal;

Est nommé officier d'académie, M. le Dr Doutrebente, directeur-médecin en chef de l'asile d'aliénés de Blois (Loir-et-Cher).

— Sur la proposition du ministre de l'agriculture, est nommé chevalier du Mérite agricole, M. le Dr Dufour, médecin en chef de l'asile départemental d'aliénés de Saint-Robert (Isère), conseiller général, président et fondateur de la société d'élevage de la Mure.

— M. le Dr P. Kéraval, médecin en chef de la colonie d'enfants arriérés de l'asile de Vaucluse, a été nommé médecin-directeur de l'asile de réforme d'Izeure (Allier), appartenant au département de la Seine.

— *Faculté de médecine de Paris.* M. le Dr Gilles de la Tourette a été nommé, à la suite d'un concours, chef de la clinique des maladies nerveuses et M. le Dr Berbez, chef de clinique adjoint.

— M. Paul Aubry, externe des hôpitaux, membre de la Société de géographie commerciale de Paris et correspondant

©BIUM

de la Société médico-psychologique, est chargé d'une mission en Russie pour y étudier l'organisation des hôpitaux.

— *Arrêté du 5 juillet* 1887 : M. le Dr Guilbert, directeur de l'asile de Cadillac (Gironde), est nommé directeur de l'asile de Bordeaux, en remplacement de M. Deswatines, et maintenu dans la classe exceptionnelle de son grade (8,000 fr.);

M. Denizet, directeur de l'asile du Mans (Sarthe), est nommé directeur de l'asile de Cadillac, en remplacement de M. Guilbert, et maintenu dans la 2e classe de son grade (4,000 fr.);

M. le Dr Deswatines, directeur de l'asile de Bordeaux, est nommé directeur de l'asile du Mans, en remplacement de M. Denizet, et maintenu dans la 2e classe de son grade (6,000 fr.);

M. le Dr Cortyl, directeur-médecin en chef de l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure), est nommé directeur de l'asile de Bailleul (Nord), en remplacement de M. Leblond, admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé directeur honoraire. M. le Dr Cortyl est maintenu dans la classe exceptionnelle de son grade (8.000 fr.);

M. le Dr Giraud, directeur-médecin en chef de l'asile de Fains (Meuse), est nommé directeur-médecin en chef de l'asile de Saint-Yon, en remplacement de M. le Dr Cortyl et promu à la 1re classe de son grade (7,000 fr.) ;

M. le Dr Caillau, médecin-adjoint de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne), est nommé directeur-médecin en chef de l'asile de Fains, en remplacement de M. Giraud, et placé dans la 3e classe de son grade (5.000 fr.).

— *Arrêté du 3 août* 1887 : M. le Dr Girma, médecin-adjoint à l'asile de Pau (Basses-Pyrénées), est nommé médecin-adjoint de Saint-Yon (Seine-Inférieure), en remplacement de M. le Dr Barandon, mis en disponibilité sur sa demande. M. Girma est maintenu dans la classe exceptionnelle de son grade (4,000 fr.).

— *Arrêté du 6 août* 1887 : M. le Dr Legrain, ancien interne des asiles de la Seine, est nommé médecin-adjoint à l'asile de Vaucluse (Seine-et-Oise), en remplacement de M. le Dr Kéraval, appelé à d'autres fonctions. M. Legrain est placé dans la 2e classe de son grade (2,400 fr.);

M. le Dr Brusque, médecin adjoint de l'asile de Vaucluse (Seine-et-Oise), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1er mai 1887.

©BIUM

CIRCULAIRE DU MINISTRE DE L'INTÉRIEUR AUX PRÉFETS SUR LE SERVICE DES ALIÉNÉS

M. le ministre de l'intérieur a adressé aux préfets la circulaire suivante :

Paris, 1er août 1887.

Monsieur le préfet,

L'article 4 de la loi du 30 juin 1838 vous impose l'obligation de visiter périodiquement les établissements publics ou privés consacrés aux aliénés.

J'attache une grande importance à l'accomplissement de cette formalité légale, et j'insiste auprès de vous d'une manière toute spéciale pour que vous vous y conformiez exactement. Plus vos visites seront fréquentes, plus sûrement sera atteint le but qu'a eu en vue le législateur en les prescrivant. Aussi me semble-t-il indispensable que vous en fassiez une au moins chaque trimestre. Pour que ces visites soient utiles, il importe qu'elles aient lieu à l'improviste. Je désire, d'autre part, que vous ne déléguiez à personne le soin d'y procéder en votre lieu et place.

Vous en profiterez pour constater les conditions dans lesquelles se trouvent les malades. Vous recommanderez au directeur de vous signaler ceux qui sollicitent leur sortie de l'établissement, afin d'écouter leurs réclamations ; vous vous ferez fournir par le médecin toutes les indications qui vous seront utiles pour vous renseigner sur leur état, et, dans le cas où quelque doute subsisterait dans votre esprit sur la nécessité de leur maintien en traitement, vous ne devriez pas hésiter à prescrire une enquête médicale.

Vous rappellerez d'ailleurs, en tant que de besoin, aux médecins, que les douches ne doivent être prescrites que pour le traitement des malades et qu'ils doivent rigoureusement s'abstenir de les employer comme moyen de punition.

Après chaque visite, vous m'adresserez un rapport dans lequel vous me rendrez compte de la tenue générale de l'établissement, des soins donnés aux malades et du résultat des enquêtes que vous aurez cru devoir ordonner à l'égard de tel ou tel malade.

Il me paraît également indispensable d'appeler votre attention sur les mesures prises dans certains cas à l'égard des malades placés en observation dans les hospices. Je me réserve de vous adresser, s'il y a lieu, des recommandations spéciales au point de vue des conditions d'installation des cellules qui leur sont affectées, mais dès aujourd'hui je crois devoir vous signaler un mode de procéder regrettable qui m'a été indiqué comme se

©BIUM

pratiquant dans certains départements : les malades seraient parfois transférés d'un hospice dans un autre avant d'être définitivement placés dans un asile spécial. Or, ces changements, qui peuvent ne pas être sans inconvénients, ne présentent tout au moins aucun avantage, et vous ne devrez les tolérer que pour des raisons tout exceptionnelles.

La question de la durée de la mise en observation est digne aussi de toute votre sollicitude. Il faut évidemment qu'elle soit suffisante pour permettre de constater l'état de celui qui est l'objet de la mesure ; mais il importe, d'un autre côté, qu'elle ne se prolonge pas dès qu'une affection mentale est reconnue, afin que celui qui en est atteint reçoive sans tarder tous les soins que réclame son état et qu'il ne saurait trouver qu'à l'asile même.

Recevez, etc.

Le ministre de l'intérieur,

A. FALLIÈRES.

VOTE DE LA LOI BELGE CONTRE L'IVRESSE PUBLIQUE

On écrit de Bruxelles au *Temps* (numéro du dimanche 24 juillet 1887) :

« La Chambre des représentants a voté en seconde lecture un projet de loi répressive de l'ivresse publique. Le principe de la loi a été contesté par quelques orateurs, et notamment par un ex-ministre de la justice, M. Bara, qui a soutenu que la difficulté de définir l'ivresse manifeste permettrait de graves abus d'autorité dans les villages, où les querelles politiques sont très vives. D'autres ont soutenu que la loi serait inefficace comme moyen de diminuer la consommation de l'alcool tant qu'on ne se déciderait pas à limiter le nombre des cabarets. Il est certain que leur nombre est, en Belgique, prodigieusement excessif. C'est par milliers que les cabarets se comptent dans les villes de quelque importance. Dans les villages, ils foisonnent également. On compte en moyenne un débit par quarante habitants ; la consommation moyenne est de plus de treize litres par habitant.

« La plupart des dispositions de la loi sont calquées, les unes sur celles de la loi française, les autres sur celles de la loi hollandaise ; mais une innovation importante a été introduite, aux termes de laquelle est non recevable en justice l'action « en payement des boissons enivrantes consommées dans des débits quelconques ». Cette dérogation au droit commun, combattue par M. Bara, a motivé l'abstention de l'ex-ministre dans le vote sur l'ensemble de la loi. M. Frère-Orban et huit

©BIUM

autres membres de la gauche se sont également abstenus ; sept ont voté contre, neuf ont voté pour, parmi lesquels MM. Guillery, Buls. La gauche s'est donc divisée en trois groupes à peu près égaux. La droite a été unanime à voter la loi, qui a été définitivement adoptée par 83 voix contre 10 et 10 abstentions. »

Portée aussitôt au Sénat, la loi a été adoptée sans modifications, par la haute assemblée, dans sa séance du 5 août 1887.

INTERDICTION DES EXPÉRIENCES D'HYPNOTISME DANS LE GRAND-DUCHÉ DE BADE

Le ministère badois ayant été informé par les feuilles publiques et par les rapports des administrations locales de l'extension immodérée que prenaient les expériences d'hypnotisme dans diverses localités, a, par une circulaire en date du 29 décembre 1886, adressé des instructions à ses agents pour les inviter à prohiber ces expériences, qui lui paraissent de nature à troubler la tranquillité et l'ordre public et en même temps à causer un grave dommage à la santé de ceux qui servent de sujets dans ces expériences. En conséquence, les agents de l'administration locale sont invités à déférer au ministère public les auteurs de ces expériences afin qu'ils soient poursuivis devant les tribunaux.

Suivant la circulaire, le délit commis semble tomber sous l'application de l'article 360, § 2, du code pénal fédéral, d'après lequel « sont punis d'une amende de 30 thalers ou des arrêts..... les auteurs de bruit et tapage troublant la tranquillité publique et les auteurs de désordres graves ». La circulaire fait exception pour les expériences qui sont faites dans l'intérêt de la science, ou dans des réunions absolument privées.

(*Revue d'Administration*, n° de mai 1887.)

LE PHOSPHORE ET LA PENSÉE

Un physiologiste américain, M. W. O. Atwater, étudie dans le *Century Magazine* une question qui paraît encore assez mal connue, celle de l'alimentation cérébrale et des sources de l'énergie intellectuelle. Beaucoup de gens, nous dit-il, croient que l'activité mentale est étroitement liée à la quantité de phosphore assimilée par le cerveau. Cette opinion paraît reposer sur la présence dans la matière cérébrale et nerveuse de certains éléments gras phosphorés, tels que le protagon, la lécithine, etc. On en conclut que le travail mental entraîne une

©BIUM

dépense de phosphore et, par suite, que les aliments riches en phosphore, ou réputés tels, comme le poisson, sont particulièrement propres à réparer les forces cérébrales. Il n'est pas rare de voir des médecins, même distingués, accepter cette manière de voir comme une sorte d'axiome ; elle sert journellement à un très grand nombre de charlatans pour prôner par la voie de l'annonce, comme aliments réparateurs du cerveau, divers composés à base de phosphore.

Il est incontestable, pourtant, que les éléments constitutifs des tissus cérébraux et nerveux ne diffèrent pas chimiquement de ceux qui entrent dans la composition des autres tissus et ne contiennent pas plus de phosphore. La répartition seule diffère. Les éléments gras phosphorés se retrouvent dans d'autres régions que le cerveau et en plus grande abondance. La cérébrine, qui est le produit véritablement caractéristique du tissu cérébral, ne renferme pas trace de phosphore. Aussi les physiologistes et les chimistes véritablement autorisés se sont-ils toujours refusés à admettre que le phosphore soit plus étroitement lié ou plus indispensable à l'activité cérébrale que le carbone ou l'azote, ou tout autre élément des tissus animaux et végétaux.

N'empêche que tout le monde répète la fameuse phrase allemande : *Ohne Phosphor keine Gedanke* (sans phosphore, point de pensée), et qu'on rencontre à chaque pas cette conviction plus ou moins nettement définie que la pensée procède du phosphore. L'idée la plus répandue à cet égard est que l'activité du cerveau doit être accompagnée d'une sorte de phosphorescence de l'organe. La phrase précitée a eu vraisemblablement la plus large part dans la diffusion du préjugé. Le plus curieux, c'est qu'on ne sait même pas exactement quel est l'auteur de ce dicton. La dernière édition de l'Encyclopédie britannique l'attribue à Büchner. « Pour moi, poursuit M. Atwater, il appartient en propre à Moleschott, qui l'a formulé dans ses *Lehre der Nahrungsmittel* (Théorie des aliments), il y a une quarantaine d'années. Il était alors *privat-docent* à l'Université d'Heidelberg, et l'on sait que l'extrême hardiesse de ses doctrines ne devait pas tarder à lui faire ôter le droit d'enseigner ; ce qui l'amena à l'Université de Zurich d'abord, puis à Turin et enfin à Rome, où il devait bientôt jouer un rôle politique important comme sénateur et comme ministre.

« Plusieurs physiologistes de ses amis m'avaient déjà dit de longue date que son but, en formulant sa fameuse phrase, avait été surtout d'aiguillonner ses adversaires, de déchaîner les discussions et de poser nettement la pensée comme une fonction de la matière organisée. Il en convint lui-même dans une conversation que j'eus avec lui il y a peu d'années, en ajoutant

©BIUM

qu'il n'avait jamais voulu dire que l'activité intellectuelle fût spécifiquement liée à la dépense de phosphore. Et de fait, tous ses écrits d'alors protestent contre une telle interprétation. « Mais vous savez, me dit-il en souriant, quels sont les mots « qui font fortune! » Il avait voulu frapper l'imagination de la foule : il y réussit au delà de son espérance. En ce sens, *Ohne Posphor keine Gedanke* fut un trait de génie.

Quant à l'idée si répandue que le poisson est le meilleur aliment du cerveau parce que sa chair est riche en phosphore, M. Atwater ne la croit pas plus fondée. Une longue série d'analyses poursuivies dans son laboratoire le conduit à déclarer qu'il n'y a pas sensiblement plus de phosphore dans la chair du poisson que dans celle des autres animaux. S'il est vrai que le poisson soit un aliment particulièrement sain pour les gens qui travaillent de tête et qui d'ordinaire font peu d'exercice physique, c'est uniquement parce que le poisson est moins riche en graisse que les autres viandes. Sir Henry Thompson l'affirme expressément et recommande le poisson aux hommes de bureau « parce qu'il contient en moindre proportion que la viande proprement dite les éléments de nutrition qui ne s'assimile jamais complètement sans travail physique ».

En recherchant l'origine du préjugé courant à cet égard, M. Atwater croit pouvoir la faire remonter au professeur Agassiz. Il avait à faire dans le Massachussetts une conférence sur les mesures à prendre pour protéger la pêche et développer la pisciculture : entre autres motifs, il crut pouvoir alléguer que le poisson était le plus précieux des aliments pour les travaillleurs de la pensée et, par suite, le plus nécessaire à l'activité intellectuelle de l'Etat. L'argument eut du succès et passa bientôt en article de foi.

L'humoriste Mark Twain le transforma plus tard à sa manière, dans une de ses correspondances fantaisistes de la *Galaxy* :

« *Un jeune auteur.* — Oui, il est vrai qu'Agassiz recommande le poisson aux gens de lettres, à raison du phosphore que contient cette chair et qui leur donne des idées. Pour ce qui touche à la quantité de poisson qui vous est personnellement nécessaire, je serai moins affirmatif. Si j'en dois juger pourtant par le spécimen littéraire que vous avez bien voulu me soumettre, je pense qu'une couple de baleines tous les matins, à déjeuner, vous suffira pour le présent. Non pas de la plus grande espèce, mais de taille moyenne... »

(*Le Temps*, numéro du vendredi 1er juillet 1887.)

©BIUM

FAITS DIVERS

Matelot aliéné assassiné par l'équipage du navire. Condamnation à mort du capitaine et de trois marins. Commutation de la peine. — On lit dans une lettre d'Angleterre, datée de Londres du 1er juillet 1887, et insérée dans le *Journal des Débats* (numéro du dimanche 3 juillet 1887), le récit suivant :

« La Cour d'assises vient de condamner à mort le capitaine, le second, le contre-maître et un marin du navire la *Lady-Douglas*, coupables d'avoir assassiné un malheureux Malais nommé Hassim, dans des conditions véritablement révoltantes.

En janvier dernier, la *Lady-Douglas* quittait l'Australie pour revenir en Angleterre. Au nombre de ses matelots était Hassim. Le 3 mars, le Malais dont la conduite était pour le moins excentrique et frisait la folie, se cacha et disparut pendant deux jours, au bout desquels on le trouva accroupi dans la soute au charbon, un couteau à la main. Il refusa de sortir de sa cachette, et à tout ce qu'on lui disait il répondait : « Moi tuer un ; moi mourir ! »

« On le mit aux fers, mais il trouva plusieurs fois le moyen de se débarrasser de ses entraves, et on le retrouvait dans sa cachette, armé de son formidable couteau.

« L'équipage était tellement effrayé que les marins n'osaient plus s'endormir de peur d'être assassinés dans leur sommeil par Hassim, et on tint conseil. Le résultat des délibérations du capitaine et des matelots fut que le Malais serait mis à mort. On arracha les planches qui cachaient Hassim; le second le visa, tira et le blessa au pied. Sommé ensuite de monter sur le pont, le malheureux refusa. On recloua les écoutilles et le lendemain deux hommes armés l'un d'un revolver, l'autre d'un fusil, tirèrent et ne réussirent qu'à le blesser grièvement. On le hissa sur le pont avec des cordes et enfin une balle de revolver dans la tête mit fin à son martyre.

« C'est pour répondre de ces faits, consignés tout au long dans le livre de bord, que les quatre marins ont été traduits devant la Cour criminelle centrale et jugés. Pour leur défense ils ont allégué que la sécurité des autres marins exigeait que l'on se débarrassât de Hassim, dont la présence à bord était un danger redoutable et permanent pour tous.

« Les jurés ont rendu un verdict de culpabilité en recommandant les accusés à l'indulgence du tribunal à cause de leur ignorance. Le juge, comme la loi l'y oblige, a condamné à mort les quatre coupables et à fait parvenir au ministre de

©BIUM

l'intérieur la recommandation du jury. Il est probable que les coupables ne seront pas exécutés.

« Le juge, en résumant les débats, a insisté sur ce point que Hassim était blessé et incapable de nuire bien avant qu'on le tuât, et que, par conséquent, il était impossible d'excuser son assassinat par la nécessité d'échapper à un grand danger. »

Dans une lettre en date du 8 juillet, le même correspondant (*Journal des Débats*, numéro du dimanche 10 juillet 1887), nous apprend que la peine des quatre condamnés à mort a été commuée: en cinq ans de travaux forcés pour le capitaine, en dix-huit mois de la même peine pour les deux autres et à un an pour le marin Webster qui, par pitié pour le Malais, l'a achevé d'un coup de revolver.

Un prêtre persécuteur homicide. — Voici un nouveau fait à placer à côté de ceux si connus de Verger, à Paris, et de Galeote, à Madrid :

« Le *Courrier des Etats-Unis* reçoit du Mexique les détails suivants sur un drame qui a eu lieu, le jour de la Fête-Dieu, dans la cathédrale de la ville de Morella, chef-lieu de l'Etat de Michoacan.

« L'église était littéralement bondée de monde et l'évêque Cazares, qui venait de dire la grand'messe, était encore à l'autel, lorsqu'un prêtre, franchissant les degrés, s'est avancé vers le prélat. Celui-ci, sans se retourner et supposant que c'était un fidèle désirant sa bénédiction, il lui a tendu la main pour qu'il baisât son anneau. A ce mouvement le prêtre s'est arrêté et a paru hésiter un instant ; puis, tout à coup, tirant un couteau de dessous son surplis, il en a frappé l'évêque. Un murmure d'horreur s'est élevé de tous côtés dans l'église, mais il a été bientôt dominé par un cri de douleur poussé par un enfant de chœur, le jeune Julio Cortes, qui, se trouvant à côté de l'évêque, avait bravement tendu le bras pour détourner le coup. Mais la lame du couteau avait traversé le bras de l'enfant et pénétré ensuite profondément dans le corps de l'évêque.

« En voyant l'évêque tomber et l'assassin se frayer un passage à travers la foule en frappant de son couteau à droite et à gauche, les fidèles ont été pris de panique. Il s'en est suivi un tumulte effroyable, grâce auquel l'assassin a réussi à se sauver de l'église ; mais il a été arrêté presque aussitôt en dehors par deux agents de police. L'assassin est un prêtre du nom de Pablo Rojas, âgé de soixante-cinq ans, et que la monomanie des persécutions semble avoir rendu fou furieux.

« La blessure de l'évêque Cazares est très grave; mais, aux derniers avis, les médecins la considéraient comme hors de danger. »

(*Le Temps*, numéro du dimanche 17 juillet 1887.)

©BIUM

Progrès de l'ivrognerie et de l'alcoolisme à Berlin. — La *Post* du 21 août prend texte d'une statistique publiée par le Dr Wasserfuhr pour constater les progrès alarmants de l'ivrognerie en Allemagne. Le Dr Wasserfuhr cite notamment les chiffres suivants, qui intéressent Berlin :

Le nombre des individus arrêtés et conduits au poste de police pour ivrognerie a été de 8,025 en 1882 ; de 7,725 en 1883 ; de 8,803 en 1884 ; de 9,307 en 1885. Il importe de constater que ces chiffres ne comprennent que les individus surpris sur la voie publique en état d'ivresse manifeste.

Le Dr Wasserfuhr cite encore les chiffres suivants :

Le nombre des malades traités dans les hôpitaux de Berlin pour alcoolisme chronique et délire alcoolique a été de 537 en 1882 ; de 601 en 1883 ; de 709 en 1884 et de 938 en 1885.

La *Post* constate qu'il y a dans ces chiffres un symptôme effrayant et se rallie à la conclusion du Dr Wasserfuhr demandant la réduction du nombre des débits de boissons.

(*Journal des Débats*, n° du mercredi 24 août 1887.)

Belgique. — Dans sa séance du 12 juillet, le Conseil provincial d'Anvers a rejeté une proposition tendant à la construction d'un grand asile provincial d'aliénés. Le gouvernement avait refusé toute intervention.

L'assemblée a ensuite adopté une proposition consistant dans l'amélioration du système de Gheel.

Russie. — Le Conseil médical de Saint-Pétersbourg procède à l'étude d'un projet consistant à organiser une colonie pour les aliénés, afin qu'ils puissent jouir d'une plus grande liberté que dans les hospices, — liberté relative qui ne peut que rendre plus efficace le traitement des cas peu dangereux.

(*La Semaine médicale*, numéro du 27 juillet 1887.)

Angleterre. — Dans la séance de la Chambre des communes du 1er août 1887, M. Smith a annoncé que le gouvernement retirait le bill concernant les modifications à apporter à la loi sur les aliénés.

Erratum. — Dans le dernier numéro, à la p. 76, ligne 18 ; il faut lire, au lieu de : sous l'influence d'états dépressifs *alcooliques*, — sous l'influence d'états dépressifs *abouliques*.

Pour les articles non signés : Ant. RITTI.

Paris. — Imp. G. Rougier et Cie, 1, rue Cassette.

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

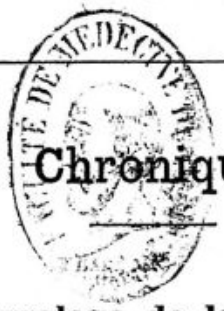
JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Chronique.

Le martyrologe de la psychiatrie.

« ..... Personne n'hésite à rendre hommage « au courage médical qui se déploie sur le « champ de bataille, ou au cœur des épidé- « mies ; le même respect n'est-il pas dû au « courage modeste et obscur du médecin d'a- « sile, qui, chaque matin, sans paraître se « douter qu'il y a une sorte d'héroïsme à agir « ainsi, commence la visite de ses malades, « et ne sait pas s'il est bien certain d'en re- « venir vivant. » (Ach. Foville. Discours prononcé sur la tombe du Dr Marchant.)

La fin tragique du malheureux docteur de Gudden, victime de son dévouement et du devoir professionnel, m'a suggéré la pensée de rechercher si l'histoire de l'aliénation mentale contenait des cas analogues. Hélas! c'est un véritable martyrologe que j'ai découvert, et que je vais prendre la liberté de faire défiler devant vous. Cette pénible énumération aura le double avantage d'honorer la mémoire des victimes, et de modifier l'opinion d'un certain public, qui est tout disposé à voir,

©BIUM

dans le médecin d'un établissement d'aliénés, une sorte de *petit souverain*, dont l'asile est la *principauté*, avec les bâtiments pour *capitale*, les enclos pour *territoire*, l'effectif des malades pour *sujets*, le personnel infirmier pour *pouvoir exécutif*, les chefs de services pour *ministres* ; toujours, d'après les mêmes critiques, ce potentat d'un nouveau genre, enfermé dans ses États, régnerait dans la tranquillité la plus parfaite, loin des agitations des foules, se promenant chaque matin patriarcalement au milieu de ses peuples, empressés, et pour cause, de lui être agréables ; regardant, d'un œil serein, les fluctuations politiques et les orages de l'Agora ; enfin, quand, riche d'années, comme le sage, il s'endort dans le Seigneur, il aurait soin de se faire inhumer dans l'établissement, non sans avoir chargé un des pavillons de transmettre son nom à la postérité ?

Tout cela est très joli, j'en conviens volontiers ; mais malheureusement, il y a bien loin de cet apparent bonheur à la Fénelon, à ce que va nous offrir la réalité vue de près. Si nos optimistes en question pouvaient lire dans l'âme d'un médecin de grand asile, ils seraient effrayés des tracas, des soucis, des appréhensions qu'ils y trouveraient accumulés. Continuellement en présence des lois, règlements, ordonnances, circulaires, d'une part, de l'hygiène, du diagnostic, du pronostic, des intérêts privés, de la sécurité publique, d'autre part, ce n'est qu'en tremblant, on peut l'affirmer, que le médecin-aliéniste se décide à un parti, qui est un arrêt, quand il s'agit de la liberté, de la santé, de la sécurité ; la moindre étourderie, la plus petite légèreté, même un simple défaut de tact, peuvent avoir des conséquences épouvantables. Quant aux accidents, aux menaces verbales ou écrites, aux tentatives sur sa personne, je ne pense pas qu'un seul aliéniste ait pu s'y arrêter un seul instant, en dehors de quelques mesures de pru-

©BIUM

dence, dont il serait insensé de ne pas tenir compte. D'ailleurs, l'aliéniste est comme le soldat, il s'habitue au danger et n'y fait plus attention.

Et maintenant, que le lecteur veuille bien me suivre dans cette *via dolorosa*, dont je vais diviser en deux stades le parcours :

1° *Evénements dramatiques et funestes arrivés aux médecins-aliénistes.* — Point n'est besoin de rechercher jusque dans l'antiquité, le siècle présent nous offre assez d'épisodes tragiques pour convaincre les plus sceptiques, relativement au revers de la médaille de notre profession.

Un jour, l'illustre Pinel, celui qui fit tomber les chaînes et ouvrir les cabanons des aliénés, pénétrait dans la chambre d'un de ses malades, malgré les avis des infirmiers, qui regardaient cette entreprise comme téméraire, le malade étant furieux, et Pinel étant petit et peu robuste ; à peine a-t-il franchi la porte, qu'il est étendu à terre, par la projection violente d'un pot à eau. Pinel se relève, et apaise le farouche aliéné par des paroles de conciliation.

En 1853, le docteur Leclercq, de Halle, périt tragiquement de la main d'un aliéné.

En 1857, le docteur Geoffroy, médecin en chef de l'asile public d'Avignon, officier de la Légion d'honneur, faisait sa visite du matin; un épileptique se plaint d'avoir mal au genou ; et pendant que le docteur se baisse pour l'examiner, le malade ingrat lui plonge un ciseau dans le flanc; la victime meurt bientôt après : « le médecin d'Avignon est mort au champ d'honneur, « frappé par l'homme qu'il se mettait en devoir de se- « courir : c'est glorieusement terminer une longue et « noble carrière. » (*Ann. méd.-psych.*, 1857.)

En 1860, le docteur Corrado Taddeï, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Lucques (Toscane), suc-

©BIUM

combe le 15 octobre à l'âge de quarante-huit ans, aux suites d'un coup de couteau que lui a porté, dans le ventre un infirmier pendant la visite de nuit. (*Ibid.*, 1860.)

Au mois de février 1861, le docteur Griolet causait, vers cinq heures du soir, dans une rue, avec un ami, quand il reçut du haut d'une fenêtre toute la charge d'un fusil : un jeune homme aliéné, que le docteur venait de saigner pour le soulager, était le meurtrier.

En décembre 1862, le docteur Puckett, à Salton, est tué par un aliéné qu'il venait chercher pour le conduire dans une maison de santé; celui-ci se précipite sur lui, le poursuit dans la rue, le tue et lui coupe la tête.

En septembre 1872, le 11, le docteur Pablo Cristobal, en Espagne, est frappé terriblement d'un coup de ciseaux à la tête et au cou, par un aliéné, pendant sa visite.

Au mois de novembre 1879, le docteur Dufour, médecin en chef de l'asile Saint-Robert, à Grenoble, faisait sa visite du matin, le 3, lorsqu'un aliéné, qui lui en voulait, croyant qu'il lui apportait, chaque jour, sa folie, le frappe de deux coups de couteau à la tête. État grave. (Journal *le Temps*.)

Septembre 1879, le docteur J. Coosk, médecin de l'asile de Conandaiga (New-York), est tué d'un coup de couteau, par un de ses malades (*Ann. méd. psych.* 1879).

En 1879, le Dr Vooburg, médecin adjoint à l'asile de Mac-Lean (Massachussets), reçoit d'un malade plusieurs violents coups de couteau sur la tête, et tout fait craindre une fracture du crâne. (*Allgemeine Zeitschrift für Psych., sept.* 1879.)

Le 18 juin 1881. Le Dr Marchant, directeur-médecin de l'asile de Braqueville, est atteint à la nuque par la balle d'un revolver qu'un officier aliéné était parvenu à dissimuler dans ses habits ; il venait de sortir de la chambre de ce malade, lorsque celui-ci, supposant que ses lettres et réclamations incessantes étaient intercep-

©BIUM

tées par le médecin, lui tira un coup de revolver ; un second coup tiré sur le surveillant-chef, ne porta pas. Le malheureux Dr Marchant mourut deux jours après.

Le 21 janvier 1881, à l'asile Sainte-Anne, au moment de la visite médicale, un malade atteint de folie de persécution, se précipite tout à coup sur l'interne, M. Boyer, et le frappe violemment à la tête de ciseaux à ongles. La blessure n'eut pas de gravité, grâce au mauvais état de l'instrument vulnérant. (*Ann. méd., psych.* 1881.)

En 1882, le Dr Adams, médecin adjoint à l'asile de Tralamazo (Michigan), est frappé d'un coup de canif par un malade, il succombe le lendemain. Un surveillant, en cherchant à le défendre, reçoit aussi un coup moins grave. (*Ann., méd. psych.*, 1882.)

1882. Le Dr Gray, directeur-médecin de l'asile d'aliénés d'Utica, revenait de Washington, où il avait été examiner un cas de médecine légale quand, étant dans son cabinet avec son fils, son médecin adjoint et le pasteur de l'asile, un fou furieux entre brusquement et lui tire un coup de revolver, qui lui perce les joues et lui fracasse la face. Arrêté, le meurtrier est trouvé porteur de cinq autres révolvers, d'un long couteau et de plus de deux cents cartouches. Interrogé, il prétend que le docteur Gray *fabrique des aliénés dans son asile,* et que Dieu lui a ordonné de le tuer. (*Ibid.*)

1882, juillet. Le docteur Orange, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Broadmoor, est frappé violemment sur la tête avec une pierre enveloppée dans un mouchoir, par un aliéné acquitté d'une poursuite en tentative d'homicide par arme à feu, lequel avait demandé à lui parler pour lui soumettre certains papiers ; il y eut lutte jusqu'à l'arrivée des gardiens. (*Ibid.* 1882.)

1882. Le docteur Bécoulet, directeur-médecin de l'asile de Dôle (Jura), examinait une lettre qui venait de lui être remise par un délirant persécuté, lorsque

©BIUM

celui-ci, ouvrant un petit sac qui contenait du verre pilé, en frappe violemment à la figure le médecin, l'un des yeux est gravement atteint, après quoi il essaie de se couper la gorge. (*Ibid.* septembre 1882.)

1882, novembre. Le docteur Stéphan reçoit dans son cabinet un individu qui demande instamment à lui parler. Bientôt, plusieurs coups de revolver se font entendre ; le docteur était atteint au nez, à la bouche, au bras ; après quoi le meurtrier se tua ; on reconnut qu'il était aliéné, par les renseignements sur les antécédents fournis par un autre médecin.

Même année. Mort du docteur Von Gellhorn, directeur de l'asile d'Uckermunde, en Poméranie, par suite de septicémie consécutive à une morsure par une femme atteinte de manie aiguë. (*Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie.*)

1883, janvier. Le docteur Espiau de Lamaestre, directeur-médecin de l'asile de Ville-Évrard, a le visage lacéré par un aliéné persécuté, un œil sérieusement atteint ; guérison lente.

1883, juillet. Un homme, *déclaré aliéné* par *deux docteurs,* s'arme d'un revolver et tire sur l'un d'eux : c'est le père du docteur qui reçoit la balle. Les gendarmes ne purent s'emparer de ce furieux qu'en faisant usage de leurs armes. (*Chronica quirurgica de la Habana* 1883.)

1883, septembre. Le docteur Rochard, inspecteur général du corps de santé de la marine, reçoit, à l'improviste, dans les Champs-Élysées, à Paris, deux coups de revolver, de la part d'un personnage inconnu. (*Ann. méd. psych.* 1884.)

1883, octobre. Un sieur X..., homme de lettres à Munich, qui avait été traité plusieurs fois à l'asile d'aliénés, fit appeler chez lui, en consultation, le docteur de Gudden, directeur-médecin de l'asile, et le

©BIUM

docteur Hemmer ; quand ils se présentèrent, il les reçut à coups de revolver. M. Hemmer fut blessé, M. Gudden ne fut pas atteint. (*Centratblatt f. Nervenheilkunde*, octobre 1883.)

1886, janvier. Le docteur Metcalf, directeur-médecin de l'asile de Kingston, en Canada, reçoit d'un malade halluciné persécuté, pendant qu'il faisait sa visite, un coup de coup de couteau improvisé, dans le ventre. Mort trois jours après.

1886. Arrivons au drame du château de Berg ; le roi venait d'y être transféré avec une suite de domestiques, le docteur de Gudden et le docteur Müller, adjoint.

Le dimanche 13 juin, à midi, il fit une promenade avec le docteur de Gudden; il était calme et amical. Il recommença la même promenade à six heures du soir ; le docteur Müller envoya deux gardiens derrière eux ; mais sur la demande du roi, ils s'en retournèrent. A huit heures du soir, les deux promeneurs n'étaient pas encore rentrés pour souper; on se mit à leur recherche; on trouva près du lac de Starnberg la canne du roi et le chapeau de Gudden. On explora alors la pièce d'eau, et, vers dix heures et demie, on découvrit deux corps qui flottaient dans l'eau.

« L'examen des lieux et l'étude des circonstances « démontrèrent que Louis avait dû entraîner le doc- « teur vers le lac où il s'était précipité. Gudden l'avait « suivi dans l'eau et l'avait saisi ; mais Louis avait re- « tiré son pardessus et son habit. Le docteur 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 Louis était bon nageur, « que l'endroit où 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

©BIUM

« n'ait cherché et trouvé la mort dans le lac de Starn-
« berg. 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 maître. Il présentait sur le nez, quatre égra-
« tignures et sur le front, une contusion, que le docteur
« Gudden avait reçues dans la lutte. La montre du roi
« s'était arrêtée à sept heures, l'eau ayant pénétré entre
« le verre et le cadran. » (Article du Dr William Ireland, trad. de l'angl. par le Dr V. Parant.)

La victime du château de Berg avait 62 ans, et était directeur-médecin en chef de l'asile d'aliénés de Munich. C'est ce même aliéniste qui faillit périr, sous le revolver d'un malade, qui l'avait appelé en consultation, en octobre 1882. Il a laissé onze enfants. L'état leur a alloué une indemnité.

Mon vénérable père, qui a été médecin de l'établissement Sainte-Marie, à Clermont-Ferrand, pendant trente-trois ans, a été exposé à des incidents dramatiques, heureusement sans suites funestes : un jour, il se trouve nez à nez avec un malade évadé et terrible ; il lui casse son parapluie et allait se jeter sur lui, sans l'intervention des passants. Un autre jour, dans l'asile même, un aliéné rancunier fait tomber sur son passage une dalle énorme, dont il put éviter la chute. Une certaine fois, une femme chercha à lui jeter dans les yeux du verre pilé. Votre serviteur ne fait pas de la médecine aliéniste depuis vingt ans, sans avoir essayé *moult alertes* dont il s'est assez bien tiré.

Le personnel des médecins d'asiles d'aliénés n'a pas seulement à redouter les tentatives de leurs malades ; il a encore à s'attendre, comme les médecins d'hôpitaux, à la contagion des épidémies, à l'épuisement, par suite d'excès de travaux. En 1864, le docteur Seraine, directeur-médecin de l'asile de Lafond, près de la Rochelle,

©BIUM

succombait aux fatigues résultant d'une épidémie de variole, dans son asile.

2° *Accidents tragiques arrivés au personnel préposé à l'administration et à la surveillance des aliénés.* — Eux aussi comptent des martyrs ; pour être plus obscurs, ils n'en sont pas moins méritants, bien au contraire. En contact continuel avec leurs malades, ils sont bien plus souvent exposés à leurs coups que le personnel médical qui, d'ailleurs, en impose davantage ; consacrons-leur donc un souvenir :

En 1858, M. Huart, directeur d'une maison d'aliénés, est cruellement maltraité par un aliéné qui, dans un moment de fièvre, lui porte plusieurs coups de couteau à la cuisse et au bas-ventre. (*Écho de Mons.*)

Il y a quelque vingt ans, dans un des asiles gérés par les frères de Saint-Jean-de-Dieu, un malade coupe la tête à un surveillant et va la jeter dans la marmite de la cuisine.

Avril 1874 : « Une révolte a eu lieu, ces jours derniers, à l'asile Saint-André, près de Saint-Pétersbourg. Pendant que les gardiens étaient à dîner, les aliénés se précipitèrent dans une pièce où on conservait quelques armes, et se les étant partagées, se préparèrent à la résistance. Les gardiens tentèrent de les calmer par le raisonnement, mais sans succès, et plusieurs d'entre eux s'étant approchés de trop près furent saisis et attaqués à coup de sabre ; *cinq on été tués* et *deux sérieusement blessés*. On eut alors recours à la famine ; mais, il s'écoula quarante-huit heures avant que les aliénés déposassent leurs armes. » (*Med. Times.*)

1881, avril. A l'asile d'Alençon, au moment où M. Verron, surveillant en chef, mettait une clef à une serrure, un dément paralytique, qui lui imputait son maintien dans l'asile, lui asséna sur la tête plusieurs coups d'une arme fabriquée avec une tige de fer. Il

©BIUM

reçut neuf blessures, et lutta avec son adversaire, *sans lui faire le moindre mal*. Il a heureusement survécu.

M. Morel, employé aux écritures à l'asile de Fains, voulant y reconduire un aliéné évadé, qu'il était allé chercher, reçut de celui-ci, dans le ventre, un coup de couteau mortel.

Le vendredi soir, 8 février 1884, à l'asile de Leyme, arrondissement de Figeac, une surveillante pénètre seule dans la cellule d'une folle dangereuse; celle-ci ferme aussitôt la porte en dedans, et se précipitant sur la malheureuse infirmière, lui porte sur la tête un si grand nombre de coups de poing, qu'elle finit par l'étendre sans connaissance; quand on parvint à enfoncer la porte, l'homicide était accompli; la victime mourut deux heures après. (Journ. *la Paix*.)

Au mois de juin 1885, à l'asile d'aliénés de Lehon, près de Dinan, tenu par les frères de St-Jean-de-Dieu, un fou s'élance sur un frère et lui brise le crâne à coups de sabot; un autre frère accourant pour lui porter secours, reçoit également des coups de sabot de la part d'un autre aliéné. Les deux meurtriers se sauvent dans la direction de la demeure du médecin, avec l'intention de le tuer. Ils sont arrêtés en chemin, non sans péripéties dramatiques. (*France méd.*, 16 juin 1883.)

Le 30 juillet 1886, l'infirmier Laboule allant à la recherche d'un aliéné évadé de Charenton, le trouva dans sa famille; voulant le réintégrer, il en reçoit deux coups de couteau, heureusement sans gravité.

A l'établissement de la Cellette (Corrèze), un frère travaillait depuis plusieurs années à la cuisine, en compagnie d'un aliéné tranquille; un jour, celui-ci piqua un couteau dans le cou du frère et ne put donner aucune explication de cet acte; le blessé guérit.

J'ai vu un autre frère qui a eu le pouce presque entièrement coupé d'un coup de dent.

©BIUM

Un malade persécuté, de nature abrupte, et qui a séjourné plus de vingt ans dans notre asile, sans qu'on ait pu assouplir sa rusticité et sa malfaisance, s'arme, un jour, d'une énorme barre et d'un seul coup abat à ses pieds un frère qui passait à sa portée, sans l'avoir aperçu; puis, s'abritant dans un angle de bâtiment, menaçant, formidable, il défie par son attitude les assistants. On fut obligé d'en faire le siège; les assaillants au nombre de dix se garantirent la tête, puis se précipitèrent avec ensemble sur le meurtrier, dont ils s'emparèrent, non sans écorchures, bosses, essorillements et contusions, de-ci, de-là; c'est ce même malade qui, un jour, me prit à l'improviste par le cou, et m'ayant couché à terre avec une telle rapidité que je ne me sentis pour ainsi dire pas tomber, s'apprêtait à me priver du plaisir de m'entretenir présentement avec vous, ce qui lui était facile vu la différence de taille et de force, quand il en fut empêché par un autre malade, espèce d'hercule trapu, animé de bons sentiments. Jusqu'à son dernier jour il fut malfaisant et grossier ; il y en a quelques-uns, dans les grands asiles, et on ne saurait trop s'en défier : le plus vénérable patriarche s'offrirait à leurs yeux, qu'ils l'interpelleraient en un tutoiement familier, et retireraient leur sabot pour l'en frapper.

J'ai fini. Peut-être ai-je été trop long; et cependant combien de dévouements inconnus, de trépas héroïques, d'infirmités incurables, de martyrs obscurs, ne pourrais-je pas citer encore, si j'étais plus complètement renseigné.

Dr Hospital.

©BIUM

Pathologie.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

POIDS DES HÉMISPHÈRES CÉRÉBRAUX

CHEZ LES ALIÉNÉS

Par le Dr E. MARANDON de MONTYEL
Médecin en chef de l'asile d'aliénés de Marseille

Depuis décembre 1881, époque à laquelle M. Luys appela l'attention sur la prédominance de l'hémisphère droit chez les aliénés, cette question n'a cessé d'être à l'ordre du jour. Elle vient d'être de nouveau traitée avec l'appui de nombreux faits, dans deux mémoires distincts, par M. Morselli, professeur de psychiatrie à l'Université de Turin et par M. Seppilli, médecin en chef de l'asile d'Imola. Le but de cette étude est de faire connaître et d'apprécier les importants résultats tout dernièrement publiés par ces deux savants aliénistes italiens, puis aussi d'apporter aux solutions cherchées le contingent de 377 autopsies recueillies dans les registres de la Chartreuse de Dijon.

Déjà, en 1884, j'ai donné dans l'*Encéphale* un travail sur l'inégalité du poids des hémisphères cérébraux dans la folie névrosique et la démence paralytique, travail basé sur 183 autopsies personnelles. Les conclusions auxquelles je suis alors arrivé, confirmaient les idées

©BIUM

de M. Luys sur certains points et s'en éloignaient sur d'autres. Les 377 autopsies que m'a fournies le dépouillement des archives de l'asile de Dijon apportent une force nouvelle à mes opinions de 1884. Je les publie avec d'autant plus de confiance que ces pesées, non seulement ne sont point mon œuvre, mais encore ont été exécutées à une époque où l'attention n'était point appelée sur la particularité signalée par le savant médecin de la Charité. Je vois là une excellente garantie de certitude. En effet, tous ceux qui ont pratiqué les pesées en question savent combien le plus léger écart du couteau fausse les résultats; or, ce léger écart est facilement obtenu, même avec la bonne foi la plus complète, par une action inconsciente qui inclinera l'instrument un peu plus à droite ou à gauche selon les résultats déjà obtenus ou l'impression faite par ceux déjà publiés. Dans les recherches scientifiques on ne saurait trop se méfier de l'inconscient, aussi suis-je porté à accorder une grande confiance aux observations qui ne sont que des constatations brutales des faits consignés par un observateur, sans souci d'arriver à une conclusion. A ceux qui objecteraient qu'il n'est pas possible de rapprocher des pesées faites par des personnes différentes, je répondrai avec M. Morselli qu'il n'y a qu'une manière d'opérer la séparation des deux hémisphères, procédé classique employé par tous ; dès lors l'objection perd sa valeur.

I

Dans sa note de 1881, M. Luys émettait trois opinions : la prédominance du lobe droit chez l'aliéné ; la prédominance du lobe gauche chez l'homme sain d'esprit ; l'influence perturbatrice exercée sur les facultés mentales par la prédominance à droite, qui jouait ainsi le rôle de cause.

©BIUM

La prédominance du lobe droit chez les aliénés me semble aujourd'hui un fait établi. Les résultats des divers auteurs varient sans doute quant à la fréquence de cette prédominance, mais son existence est établie par toutes les statistiques.

Sur 133 encéphales d'aliénés M. Morselli a trouvé les hémisphères égaux 13 fois, soit 9, 8 p. 100; l'hémisphère droit plus pesant 70 fois, soit 52,6 p. 100 et l'hémisphère gauche plus pesant 50 fois, soit 37,6 p. 100, d'où une différence de 15 p. 100 en faveur du premier.

Les séries de M. Seppilli sont moins favorables, mais elles confirment tout de même la règle posée par M. Luys. Sur 390 cerveaux, l'aliéniste d'Imola a trouvé les hémisphères égaux 56 fois, soit 14, 3 p. 100 ; l'hémisphère droit plus pesant 178 fois, soit 45, 6 p. 100, et l'hémisphère gauche plus pesant 156 fois soit 40 p. 100, d'où une différence de 5 p. 100 en faveur de celui-là. M. Seppilli en conclut que dans la folie la prédominance n'est pas plus en faveur d'un lobe que de l'autre, mais il me semble pourtant qu'une différence de 5 p. 100 a sa signification, alors surtout que des différences bien plus accentuées ont été trouvées par d'autres observateurs.

Les 377 autopsies de la Chartreuse ont donné : hémisphères égaux 91, soit 24 p. 100 ; hémisphère droit prépondérant 151, soit 40 p. 100 ; hémisphère gauche prépondérant 135, soit 36 p. 100, d'où une différence de 4 p. 100 en faveur du droit.

Dans nos recherches de 1884, sur 183 cerveaux nous n'avions trouvé aucune égalité, mais 106 cas de prédominance à droite, c'est-à-dire 59 p. 100 et 77 cas de prédominance à gauche, c'est-à-dire 41 p. 100, soit la différence de 18 p. 100 en faveur du lobe droit.

Si on compare entre eux les résultats de Morselli, de

©BIUM

Seppilli et les nôtres, on constate certes des rapports bien différents quant à la fréquence ; mais un fait demeure toujours constant, la prédominance du lobe droit. D'autres statistiques l'établissent aussi ; je citerai entre autres celles de Crichton-Browne, basées sur 400 autopsies, et celles de Bra qui en comprennent 586. On est donc autorisé, sans crainte d'erreur, à dire avec MM. Morselli et Seppilli que, dans la folie, l'inégalité de poids des hémisphères est la règle, l'égalité, l'exception, et à affirmer avec M. Luys la prédominance à droite.

Si, pénétrant plus avant, nous faisons la part des sexes, que voyons-nous?

Nos recherches de 1884 ne nous avaient fourni, venons-nous de dire, aucune égalité de poids. M. Luys aussi, en 1881, n'en avait pas rencontré. Nos 183 autopsies se divisaient en 84 femmes dont 57 à hémisphère droit prépondérant, soit 77 p. 100, 17 à hémisphère gauche prépondérant, soit 23 p. 100, et en 109 hommes dont 59 à prépondérance droite, soit 54 p. 100, 50 à prépondérance gauche, soit 46 p. 100.

Tandis que les 377 autopsies de la Chartreuse donnent le tableau suivant.

	ALIÉNÉS		ALIÉNÉES	
	Chiffres absolus.	Pour cent.	Chiffres absolus.	Pour cent.
Hémisphères égaux	45	21	46	29
Hémisphère droit prépondérant . .	89	40	62	39
Hémisphère gauche prépondérant. .	85	39	50	32

De cette statistique il résulte que la prédominance de l'hémisphère droit est sensiblement la même dans les deux sexes, conclusion que formulent aussi MM. Morselli et Seppilli. Nos 183 autopsies de 1884 donnaient des résultats un peu différents, ils étaient dus aux paralysés généraux qui y figuraient en très grand nombre;

©BIUM

car, ce qui est vrai de la folie en général, ne l'est plus de la paralysie générale en particulier, du moins d'après nos recherches. Dans la folie paralytique, à l'inverse de ce qui se constate dans la folie névrosique, la prépondérance de l'hémisphère gauche serait la règle.

Mes 183 premières autopsies se décomposaient en 89 d'aliénés névrosiques et 94 d'aliénés paralytiques. Tandis que les 89 comprenaient 73 cas de prédominance à droite, soit la proportion de 81 p. 100, infiniment supérieure à celle obtenue en opérant sur l'ensemble, les 94 ne donnaient que 33 cas de la même prépondérance. Il en résultait que, dans la paralysie générale, c'était l'hémisphère gauche qui était prépondérant et qui l'était dans la proportion de 65 p. 100. Eh bien ! les autopsies de la Chartreuse confirment absolument ces résultats. Ces autopsies ont été exécutées sur 34 épileptiques, 17 idiots, 209 névrosiques et 117 paralytiques. Occupons-nous de ces deux dernières catégories. Les 209 autopsies de névrosiques ont fourni 61 cerveaux à hémisphères égaux, soit 24 p. 100, 92 à hémisphère droit prépondérant, soit 44 p. 100 et seulement 56 à hémisphère gauche prépondérant, soit 27 p. 100 ; d'où une différence de 17 en faveur du lobe droit. Mais les 117 autopsies de paralytiques ont fourni 17 cerveaux à hémisphères égaux, soit 14,5 p. 100, 58 à hémisphère gauche prépondérant, soit 49,5 p. 100 et seulement 42 à hémisphère droit prépondérant, soit 36 p. 100 ; d'où une différence de 13 en faveur cette fois du lobe gauche. C'est la confirmation de ma conclusion de 1884. J'écrivais à cette date : « Comment expliquer ce résultat? De même que les lésions médullaires dans l'affection paralytique siègent de préférence sur les cordons postérieurs de la moelle, les lésions cérébrales auraient-elles une tendance à se localiser plus particulièrement sur le lobe droit et l'atrophie qu'elles détermineraient expli-

©BIUM

querait-elle cette statistique? Je serais assez porté à le croire ; en effet, j'ai été plusieurs fois frappé du rapport qui semblait exister entre le nombre des adhérences sur un hémisphère et son infériorité de poids. » Les détails des autopsies de la Chartreuse, ajouterai-je aujourd'hui, viennent encore à l'appui de cette interprétation : les hémisphères les moins pesants étaient signalés comme les plus atteints par le mal. D'ailleurs un fait clinique permettait déjà, en dehors de toute constatation anatomo-pathologique, de prévoir la prédominance des lésions à droite dans la démence paralytique, je veux parler de la rareté des aphasies dans le cours de cette affection.

J'aurais été bien aise de trouver la confirmation de ces idées dans les mémoires des deux aliénistes italiens. Malheureusement M. Seppilli ne donne pas les détails de ses cas. Le même reproche ne saurait s'adresser au travail de M. Morselli, mais les paralytiques n'y figurent qu'en un nombre trop restreint, 26, pour autoriser la moindre conclusion. Je reconnais, toutefois, que ses 26 paralysés ne confirment pas ma thèse. En effet, aucun, il est vrai, n'avait les hémisphères égaux, mais l'inégalité était 15 fois en faveur de l'hémisphère droit.

Le sexe n'amène là encore que des écarts peu étendus. En premier lieu j'avais opéré sur 48 femmes et 41 hommes atteints de folie névrosique. Des 48 femmes, 39 avaient l'hémisphère droit prépondérant, soit 81 0/0 et des 41 hommes 34, soit 80 0/0. La proportion, disais-je alors, est la même pour les deux sexes. Il n'en avait pas été tout à fait de même pour les paralytiques. Mes 94 paralysés généraux se divisaient en 26 femmes, dont 18 avec l'hémisphère gauche prédominant, soit 70 0/0, et 68 hommes dont 43 à hémisphère gauche prépondérant, soit 63 0/0 avec un excès de 7 0/0 en faveur du sexe féminin. Dans les autopsies de la Chartreuse, les femmes paralytiques, au nombre de 31 femmes, fournis-

©BIUM

sent une proportion de 51, 6 0/0 en faveur de la prédominance à gauche, alors que les hommes de la même catégorie, au nombre de 86, ne donnent que 48 0/0. Et avec les folies névrosiques on obtient pour la prépondérance droite chez les femmes 43 0/0 et chez les hommes 47 0/0. Il résulte de ces chiffres que le sexe n'entraîne que des écarts de peu d'importance, qui ne méritent pas qu'on s'y arrête.

Nous n'insisterons pas sur les différences dans l'épilepsie et l'idiotie, car nous n'avons pu réunir qu'un nombre trop restreint d'autopsies. Disons seulement que nos 17 cas d'idiotie ont donné 5 fois les hémisphères égaux, 1 femme et 4 hommes ; 5 fois l'hémisphère droit prépondérant, 2 femmes et 3 hommes ; 7 fois l'hémisphère gauche prépondérant, 4 femmes et 3 hommes. Et nos 34 épileptiques : 8 fois les hémisphères égaux, 1 femme et 7 hommes ; 14 fois l'hémisphère gauche prépondérant, 5 femmes et 9 hommes ; 12 fois l'hémisphère droit prépondérant, 5 femmes et 7 hommes.

Avant de poursuivre tirons de tout ce qui précède les trois conclusions suivantes :

1. Chez les aliénés, quels qu'ils soient, l'inégalité des hémisphères cérébraux est la règle, l'égalité l'exception.

2. Dans la folie névrosique l'hémisphère droit est prépondérant, tandis que dans la démence paralytique, par suite de la plus grande localisation des lésions à droite, la prépondérance est en faveur du lobe gauche.

3. Le sexe ne paraît pas exercer une influence notable sur la prédominance de l'un ou de l'autre hémisphère.

Nous allons nous occuper maintenant des différences de poids et nous considérerons séparément dans ces autopsies de la Chartreuse les folies névrosiques, les folies paralytiques et les folies morphologiques.

©BIUM

La différence en faveur de l'hémisphère droit chez les névrosiques a varié de 2 grammes jusqu'à 132 grammes.

Les chiffres obtenus donnent un poids moyen de 16 grammes en faveur de l'hémisphère droit.

La différence des poids en faveur de l'hémisphère gauche a varié seulement de 2 grammes à 65 grammes. Ils se répartissent ainsi.

Nomb. gram.	Nomb. autop.	Nomb. gram.	Nomb. autop.
2	1	23	1
3	5	25	3
4	2	28	1
5	9	30	1
6	2	36	1
8	1	40	1
10	12	45	1
11	1	50	4
15	5	65	1
20	4		

D'où un poids moyen de 16 grammes en faveur de l'hémisphère gauche. Déjà en 1884, j'avais trouvé aussi le même poids moyen, seulement il était de 14 grammes au lieu de 16, différence peu marquée.

Ces deux tableaux montrent que dans les cas de prédominance, soit à droite, soit à gauche, les différences sont assez accentuées, celles inférieures à 10 grammes et même à 15 grammes forment la grande minorité ; le fait mérite d'être retenu. Recherchons s'il en sera de même dans les cas démence paralytique.

La différence de poids en faveur de l'hémisphère gauche a varié depuis 1 gramme jusqu'à 76 grammes. Ils se répartissent ainsi :

Nomb. gram.	Nomb. autop.	Nomb. gram.	Nomb. autop.
1	1	10	8
2	2	11	1
4	1	12	2
5	9	13	1
7	1	15	2
8	2	20	8
9	2	22	3

©BIUM

Nomb. gram.	Nomb. autop.	Nomb. gram,	Nomb. autop.
23	1	43	1
24	2	48	1
25	1	50	1
30	3	67	1
31	1	74	1
32	1	76	1

D'où un poids moyen de 19 grammes en faveur de l'hémisphère gauche.

La différence des poids en faveur de l'hémisphère droit a varié depuis 2 grammes jusqu'à 106 grammes. Ils se répartissent ainsi :

Nomb. gram.	Nomb. autop.	Nomb. gram.	Nomb. autop
2	3	29	1
3	2	39	2
5	2	32	1
7	1	34	1
8	2	35	2
9	1	39	1
10	5	47	1
15	3	50	1
16	2	58	1
20	5	72	1
22	1	106	1
25	2		

D'où un poids moyen de 22 grammes en faveur de l'hémisphère droit. Mes autopsies de 1884 m'avaient donné un poids moyen de 20 grammes pour les deux hémisphères. On voit combien les résultats des autopsies de la Chartreuse serrent de près mes premières conclusions. Il est à remarquer aussi que les différences, déjà élevées pour les folies névrosiques, le sont davantage encore pour les folies paralytiques.

Bien que les autopsies d'idiots et d'épileptiquesoient en nombre très restreint, il ne sera pas dépourvu d'intérêt de leur appliquer les calculs précédents.

Dans l'idiotie, la prédominance de l'hémisphère droit a varié de 5 grammes à 82 grammes avec un poids

©BIUM

moyen de 26 grammes, et celle de l'hémisphère gauche de 2 grammes à 65 grammes avec un poids moyen de 21 grammes 3.

Dans la folie épileptique, la prédominance de l'hémisphère droit a varié de 3 grammes à 250 grammes. Les poids obtenus donnent une différence moyenne qui serait de 62 grammes.

La prédominance de l'hémisphère gauche a varié depuis 3 grammes à 205 grammes. Les chiffres obtenus conduisent à une différence moyenne qui serait de 33 grammes.

Ainsi il ressort encore de cette statistique que les différences de poids vont en augmentant de la folie névrosique à la démence paralytique, de celle-ci à l'idiotie et de cette dernière à la folie épileptique. Ces résultats concordent avec ceux auxquels sont arrivés MM. Morselli et Seppilli. Le professeur de Turin dit : « Les plus grandes différences de poids sont données par les psycophathies paralytiques et hémiplégiques, auxquelles succèdent dans l'ordre descendant les folies séniles ; mais dans ces cas la prépondérance d'un hémisphère sur l'autre doit être attribuée aux processus morbides d'atrophie et d'involution cérébrale. En dehors de l'action perturbatrice des processus atrophiques, l'asymétrie cérébrale la plus grande se rencontre chez les individus affectés d'épilepsie ; dans ces cas elle doit être véritablement attribuée à une déviation du développement morphologique des centres nerveux. » Et le médecin en chef d'Imola : « Les cerveaux dans lesquels apparut plus marquée cette différence de poids des hémisphères appartenaient pour ainsi dire tous à des sujets épileptiques avec asymétrie cérébrale ou à des individus avancés en âge présentant une forte réduction du volume d'un des deux hémisphères cérébraux produite par de vieilles cicatrices d'apoplexie. »

©BIUM

Nous pouvons donc ajouter à nos trois premières conclusions les deux suivantes:

4. L'inégalité des hémisphères chez les aliénés est aussi marquée que fréquente ; les différences de poids atteignent des chiffres élevés.

5. Ces différences de poids vont croissant de la folie névrosique à la folie paralytique, de la folie paralytique à l'idiotie et de l'idiotie à la folie épileptique.

Nous avons vu les deux aliénistes italiens faire jouer un rôle important à l'âge dans l'inégalité des hémisphères chez les aliénés. Il convient d'examiner les enseignements qui découlent à cet égard de nos autopsies. Nous bornerons nos recherches à la folie névrosique et à la démence paralytique, vu le petit nombre de nos idiots et de nos épileptiques.

En 1884, je ne m'étais occupé de l'âge de mes autopsiés névrosiques qu'à un point de vue tout particulier, celui de la prédominance du lobe droit selon l'époque de la vie. J'avais divisé ces âges en quatre périodes. Aucun de mes 89 alienés n'étant âgé de moins de 20 ans, j'avais établi une première période de 20 à 30 ans, le moment où l'esprit comme le corps achève son développement ; une deuxième période de 30 à 50 ans, période de la maturité où l'humanité est dans la plénitude de toutes ses facultés ; une troisième période de 50 à 60 ans, période intermédiaire ; enfin une quatrième et dernière période à partir de 60 ans, période de désorganisation. En procédant ainsi, j'avais obtenu une prédominance de l'hémisphère droit, croissant en fréquence de 20 à 60 ans, avec maximun de 50 à 60 ans. A partir de 60, la prédominance du lobe droit devenait moins fréquente, elle était même plus rare que de 20 à 30. Que donnent maintenant les autopsies de la Chartreuse?

Sur les 209 aliénés névrosiques, 114 avaient dépassé la soixantaine, à savoir : 34 à hémisphères égaux,

©BIUM

47 à prédominance droite et 33 à prédominance gauche. Restent par conséquent au-dessous de cet âge 95 dont 45 à hémisphère droit prépondérant, 23 à hémisphère gauche prépondérant et 27 à hémisphères égaux.

Or, on a par rapport à l'âge le tableau suivant :

	Hémisphère droit prépondérant.	Hémisphère gauche prépond.	Hémisphères égaux.
De 20 à 30 ans.	7 soit 41 0/0	5 soit 29 0/0	5 soit 29 0/9
De 30 à 50 ans.	14 soit 38 0/0	12 soit 33 0/0	11 soit 29 0/0
De 50 à 60 ans.	24 soit 60 0/0	6 soit 15 0/0	10 soit 25 0/0
De 60 ans et au-d.	47 soit 41 0/0	33 soit 29 0/0	34 soit 30 0/0

C'est la confirmation exacte de mes premières recherches. On y voit que le maximum de fréquence de la prédominance à droite a lieu entre 50 et 60 ans, tandis que cette fréquence diminue au-dessus de la soixantaine. J'écrivais en 1884 : « A partir de 60 ans, il est vrai, la prédominance du lobe droit devient moins fréquente ; ce résultat dépend, à mon avis, des folies séniles qui ne devraient pas rentrer en ligne de compte à cause de leur courte évolution, vite enrayée par la mort, et des causes organiques spéciales dont elles relèvent d'ordinaire. Pour rester autant que possible dans le vrai, mieux vaudrait n'opérer que sur des cerveaux d'aliénés âgés de moins de soixante ans au moment de leur décès. On se trouverait ainsi dans des conditions plus favorables pour étudier le poids des hémisphères chez les aliénés névrosiques, à l'abri des erreurs qui peuvent naître des modifications particulières qu'amène la vieillesse dans la trame cérébrale. » Ces considérations trouvent encore leur justification dans les autopsies de la Chartreuse. Aussi nous croyons-nous autorisé à ajouter à nos conclusions précédentes les deux suivantes :

6. Pour éviter dans le cas de folie névrosique les erreurs dues à l'âge trop avancé, il importe d'opérer

©BIUM

seulement sur des aliénés âgés de moins de 60 ans au moment de leur décès.

7. La prédominance du lobe droit dans la folie névrosique croît avec l'âge des malades, son maximum de fréquence a lieu entre 50 et 60 ans.

Faisant application du principe contenu dans la conclusion 6 aux autopsies de la Chartreuse, nous arrivons aux résultats qui suivent: hémisphères égaux 28.4 0/0; hémisphère gauche prépondérant 24.2 0/0; hémisphère droit prépondérant 47.4 0/0, d'où une différence de 23.2 0/0 en faveur de ce dernier hémisphère. Or nous avons vu plus haut qu'en comprenant dans les calculs les aliénés morts après 60 ans, la différence en faveur de la prédominance droite n'était que de 17 0/0.

La sénilité augmente-t-elle les différences de poids, comme l'avancent MM. Morselli et Seppilli? Dans les autopsies de la Chartreuse toutes les différences au-dessus de 20 grammes, à l'exception de trois, étaient relatives à des individus âgés de plus de 60 ans. Je crois donc que les médecins italiens ont vu juste et qu'il est exact de conclure que:

8. Dans la folie névrosique les plus fortes différences de poids entre les deux hémisphères se rencontrent avec les folies séniles.

La paralysie générale étant une maladie de la maturité et à évolution rapide, avec terminaison mortelle, il en résulte que peu de malades succombent après 60 ans. En effet, dans les autopsies de la Chartreuse, 8 seulement sur 117 paralytiques étaient âgés de plus de 60 ans au moment de leur décès. Il n'y a donc pas lieu de s'arrêter à l'influence de l'âge sur les pesées dans les cas de démence paralytique.

©BIUM

II

Les huit conclusions contenues dans la première partie de ce mémoire exposent les résultats bruts auxquels m'ont conduit mes recherches sur le poids des hémisphères cérébraux chez les aliénés ; c'est pour ainsi dire une simple constatation de faits. Il convient maintenant de les apprécier, de les interpréter, en les rapprochant de ce qui se rencontre chez l'homme sain d'esprit. Autant jusqu'ici nous avons été affirmatif, autant désormais nous serons dubitatif.

Dans son travail de 1881, M. Luys posait en principe qu'à l'état de raison le lobe gauche prédomine. En effet, sur 32 cerveaux il avait trouvé 5 fois les deux hémisphères égaux en poids et 21 fois l'hémisphère gauche plus pesant que le droit de 5-6 grammes. En 1884, je ne mis pas en doute cette prédominance à gauche chez les sains d'esprit. Je n'avais aucune expérience personnelle, n'ayant jamais à ma disposition que des cerveaux d'aliénés ; mais cette prédominance me semblait une conséquence si logique de ce que nous savons de la physiologie de l'hémisphère gauche que l'idée ne me vint même pas que l'assertion de M. Luys pouvait être erronée et qu'il était peut-être tombé dans ses 32 autopsies sur une série exceptionnellement heureuse. Ce que je combattis à cette époque, c'est la conclusion que l'aliéniste de la Salpêtrière tirait de ses recherches. Considérant la prépondérance du lobe droit chez les aliénés comme cause, M. Luys disait que si l'hypertrophie de ce lobe se fait d'une façon insolite et progressive, cette déviation des fonctions nutritives de certaines régions de l'encéphale doit, de toute évidence, amener avec elle une perturbation profonde dans l'harmonie des fonctions normales et troubler d'une façon inéluctable

©BIUM

l'ensemble des facultés et il ajoutait en terminant qu'il y aurait à rechercher dans quelles proportions ce développement insolite d'un lobe qui, habituellement, est doué d'une activité secondaire, se trouverait lié à des influences héréditaires et rentrerait par là même dans la classe de ces fatalités organiques devant fatalement faire leur apparition à un moment donné de la vie. Ainsi M. Luys voyait dans la prédominance de l'hémisphère droit la cause de l'affection mentale, laquelle résulterait, comme le croyait déjà Follet, d'une rupture d'équilibre des courants nerveux dans la trame cérébrale. Je me demandais au contraire si, loin d'être cause, la prédominance du lobe droit n'était pas plutôt effet. Je ne pouvais m'empêcher de penser que la prépondérance de l'hémisphère gauche à l'état normal provient de sa participation plus active au fonctionnement cérébral, que la démence, c'est-à-dire l'atrophie et la mort de la cellule nerveuse intellectuelle, est la conséquence de tout délire prolongé, et je me disais que le lobe qui fonctionne le plus activement à l'état normal pourrait bien être celui qui, délirant aussi le plus activement, s'épuise et s'atrophie le plus tôt.

A l'appui de cette hypothèse j'invoquais les preuves suivantes. Tout d'abord l'influence nulle du sexe féminin, démontrée aujourd'hui encore par les autopsies de la Chartreuse, ainsi que par celles de MM. Seppilli et Morselli; ce sexe étant le plus prédisposé à la folie névrosique, devrait présenter le maximum de fréquence de cette prépondérance à droite, si elle était une cause. En second lieu, preuve plus importante, confirmée aussi par les autopsies de la Chartreuse, la prédominance du lobe droit a lieu entre cinquante et soixante ans, alors que la folie névrosique éclate d'ordinaire entre trente et quarante ans; cette prédominance semble donc liée à la durée de la maladie, d'autant plus que les

©BIUM

différences de poids les plus accentuées en faveur du lobe droit se rencontrent chez les aliénés qui comptent le plus long séjour à l'asile. C'est ainsi que, dans les autopsies de la Chartreuse, nous trouvons une différence de 92 gr. après vingt-six ans d'isolement et de 132 gr. après vingt ans.

Je serais donc plus porté encore qu'en 1884 à considérer la prédominance du lobe droit chez les aliénés comme un effet, non comme une cause, s'il était bien démontré que chez les sains d'esprit, c'est réellement le lobe gauche qui prédomine. Mais à en juger par les récentes statistiques données en même temps par M. Morselli et M. Seppilli, sans s'être entendus, rien ne serait moins prouvé. En les réunissant dans un tableau on obtient :

Auteurs.	Nombre de cerveaux	Plus pesant.		
		Hémisphère droit.	Hémisphère gauche.	Hémisphères égaux.
Wagner.....	18	10	6	2
Broca..... ..	264	138	105	21
Giacomini.....	300	154	110	36
Gaglio-Mattei..	55	39	16	—
Tenchini.....	64	20	25	19
Chiarugi.....	21	7	12	2
Luys	32	21	6	5

Ainsi seuls les résultats de MM. Tenchini, Chiarugi et Luys sont favorables à la thèse de la prédominance à gauche à l'état normal, et leurs statistiques ne portent que sur un nombre relativement restreint d'autopsies, puisque les trois réunies ne donnent que 117 cerveaux, tandis que les statistiques favorables à la prédominance à droite portent sur 637 autopsies. Si nous réunissons tous ces résultats, nous voyons qu'avec 754 cerveaux de sains d'esprit l'égalité s'est rencontrée 85 fois, soit 11 0/0, la prédominance à droite 389 fois, soit 50,4 0/0, la prédominance à gauche 280 fois, soit 38,6 0/0, d'où

©BIUM

une différenee de 11,8 en faveur de l'hémisphère droit. On voit combien ces résultats se rapprochent de ceux que nous ont donnés les aliénés, combien même ils se confondent avec eux.

Aussi M. Morselli commence-t-il les conclusions de son mémoire par la suivante : « Contrairement à l'assertion de Luys, tant chez les sains d'esprit que chez les aliénés, l'hémisphère droit pèse en moyenne plus que l'hémisphère gauche. » Quant à M. Seppilli, il s'exprime ainsi : « Ces résultats des divers observateurs sont évidemment trop peu concordants entre eux pour qu'on puisse d'une manière absolue retenir et établir comme une règle générale que l'inégalité de poids, du reste très fréquente à rencontrer dans les cerveaux normaux, dépende pour ainsi dire toujours d'un hémisphère cérébral de préférence à l'autre. Il nous semble plus logique de retenir que la différence de poids des hémisphères cérébraux se vérifie pour ainsi dire dans le même rapport de fréquence, tant en faveur de l'hémisphère droit que du gauche. De cela il découle que nous ne trouvons aucune différence caractéristique entre les cerveaux des sains d'esprit et des fous en général, si nous les considérons par rapport au degré de fréquence avec lequel se présente l'inégalité des hémisphères cérébraux par prédominance d'un hémisphère déterminé, parce que dans les deux cas on observe que la différence de poids des deux moitiés du cerveau dépend pour ainsi dire dans les mêmes proportions, tantôt de la prédominance de l'hémisphère droit sur le gauche, tantôt de celui-ci sur le droit. »

Quelle serait donc la caractéristique des cerveaux d'aliénés? Pour les deux médecins italiens une plus grande différence de poids. Les auteurs des diverses statistiques que nous avons rapportées plus haut, ont constaté chez l'homme normal une différence oscillant en

©BIUM

moyenne entre 4 et 7 grammes. M. Seppilli trouve dans ses autopsies que l'hémisphère droit surpase en moyenne le gauche de 10,3 gr. chez les hommes et de 8,6 gr. chez les femmes; que l'hémisphère gauche surpasse en poids le droit de 12,6 gr. chez l'homme, et de 11,3 chez les femmes. M. Morselli dit dans la troisième conclusion de son mémoire : « La folie tend à augmenter la différence de poids des deux hémisphères, et spéciament celle en faveur de l'hémisphère droit. » Nous savons que les autopsies de la Chartreuse nous ont donné des différences moyennes variant pour les diverses espèces d'aliénation de 16 à 62 grammes, le premier chiffre plus du double et le second près du décuple de celui de l'état normal. Sur ce point le doute n'est donc pas possible et la conclusion suivante semble encore hors de conteste :

9. Chez les aliénés les différences de poids des hémisphères cérébraux, dans la très grande majorité des cas, dépassent de beaucoup les différences trouvées chez les sains d'esprit.

Si la prédominance à droite est la règle à l'état de santé, comme semblent le démontrer les statistiques que nous avons rapportées, il est évident que l'hypothèse de M. Luys, comme la mienne, pour expliquer cette prédominance chez l'aliéné, tombent par là même et que les deux médecins italiens sont dans le vrai, quand ils disent que la folie ne fait qu'exagérer un fait normal en augmentant simplement les différences de poids par un procédé morbide d'atrophie, d'involution cérérable ou de déviation dans le développement morphologique des centres nerveux. Mais la prédominance normale à droite est si contraire à tout ce que nous savons de la physiologie du lobe gauche que j'hésite, malgré l'éloquence des chiffres, à me ranger complètement à l'avis de MM. Morselli et Seppilli. Je crois

©BIUM

prudent d'attendre de nouvelles pesées de cerveaux de gens sains d'esprit, pesées que j'appelle de tous mes vœux, sans pouvoir contribuer à élucider la question, car malheureusement, par la nature même des fonctions que j'exerce, je n'ai à ma disposition que des cadavres d'aliénés.

©BIUM

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

FOLIE COMMUNIQUÉE

DÉLIRE A QUATRE

Par le Dr MARTINENQ
Médecin adjoint de l'asile de Saint-Yon.

A Limpiville, petite localité de la Seine-Inférieure, existe une pauvre famille catholique composée des deux parents et de cinq enfants, deux garçons et trois filles.

Le père, bouvier de son état, n'a cessé d'être un honnête et brave travailleur, d'humeur douce et facile, d'intelligence moyenne, mais sans culture, et fort estimé de son entourage. Il a constamment joui d'une excellente santé physique ; son état mental, comme du reste celui de toute la famille avant les événements que nous allons raconter, n'a jamais rien présenté d'anormal, et, malgré ses soixante-dix ans, il conserve encore aujourd'hui à tous les points de vue une verdeur remarquable.

Il n'en est pas tout à fait de même de la mère que de nombreuses couches et les fatigues d'une vie laborieuse et pénible ont notablement affaiblie.

Des cinq enfants, tous grands et de robuste constitution, trois sont mariés et vivent en excellente santé physique et mentale loin du toit paternel. Les deux autres, Amanda, âgée aujourd'hui de trente-deux ans et Élise, âgée de vingt-neuf ans, n'ont cessé d'habiter avec leurs parents qu'elles ont toujours beaucoup aimés et aidés de leur travail journalier chez un tisserand.

©BIUM

Elles sont toutes deux d'un tempérament nerveux, surtout Élise, qui a présenté plusieurs fois depuis l'âge de sa puberté des symptômes non équivoques de nervosisme.

Rien jusqu'en 1881 n'avait encore troublé la vie paisible de la pauvre famille ; jamais aucune maladie sérieuse n'était venue l'alarmer. Du reste aucune tare héréditaire, de quelque nature que ce soit, n'existe dans la famille, d'après l'affirmation même du médecin du pays qui la connaît depuis fort longtemps.

Vers le mois d'octobre 1881, sans cause connue, le caractère de la fille cadette Élise changea subitement. De laborieuse et douce qu'elle était, elle devint négligente et irritable, en même temps qu'ombrageuse et indifférente à tous et à tout. Souvent on la surprenait préoccupée, sombre, stupide même, sans qu'on pût lui faire dire le motif de cet état si surprenant pour tous ceux qui l'avaient toujours connue gaie, rieuse et de bonne humeur.

La menstruation jusque-là régulière présenta à ce moment quelques troubles, auxquels on attribua le changement de caractère et l'état d'énervement intermittent d'Élise. Mais cet état s'accentua rapidement d'une façon inquiétante et se compliqua bientôt de phénomènes nerveux convulsifs, tels que pertes subites de connaissance, sensations de constriction dans la poitrine et à la gorge, bâillements incoercibles, faims canines, éblouissements et étouffements par la boule hystérique.

A plusieurs reprises, elle fut ramenée sans connaissance et en proie à des crises de nerfs, de l'église où elle se plaisait à aller s'enfermer depuis quelque temps, pour se livrer à des pratiques religieuses exagérées et excentriques.

Enfin, survint un état d'agitation presque continu avec délire mystique, extases, désordre général et hallu-

©BIUM

cinations de tous les sens. Cet état d'agitation maniaque hystérique alternait avec un état délirant plus calme, pendant lequel Élise manifestait exclusivement des idées de persécution systématisées avec prédominance d'hallucinations de l'ouïe. C'était la magie, la sorcellerie qui la poursuivaient, l'étreignaient à la gorge ; un sort la dominait, elle était possédée et damnée, etc.....Elle entendait alors des cris, des menaces, des prophéties terribles qui la terrorisaient, la mettaient hors d'elle-même et la rendaient extrêmement dangereuse.

« Dans un de ces accès, nous dit le père, devant ses « menaces furieuses et à main armée, saisis de peur et « ne sachant plus où donner de la tête, nous nous étions « réfugiés, ma femme, ma fille Amanda et moi, dans le « grenier, après en avoir tiré l'échelle. Élise bondit « comme un chat à huit pieds de haut pour aller nous « rejoindre et y parvint. C'est une chose surnaturelle, « ajouta-t-il, cela ne peut être que la *diabolique phy-* « *sique ;* car un être humain ne peut avoir la force et « l'agilité de ma pauvre fille, s'il n'est pas ensorcelé. Du « reste, continue-t-il, le sort de ma fille rejaillissait sur « toute la maison, le chat même était ensorcelé, il bon- « dissait, miaulait avec fureur, comme s'il eût été « enragé. »

Les malheureuses gens ne savaient plus à quel saint se vouer, et, commençant à subir l'influence de leur fille, ils acceptaient déjà la possibilité d'un sort jeté sur la famille et d'une mystérieuse persécution par la *diabolique physique*. Aussi allèrent-ils se confier au curé, qui délégua son vicaire pour exorciser Élise.

Rien n'y fit ; toutes les prières, toutes les aspersions, toutes les menaces aux esprits malins, n'eurent aucun effet.

Bien plus, sur ces entrefaites, la sœur aînée Amanda, vivement impressionnée par l'état d'Élise, se mit à pré-

©BIUM

senter des phénomènes convulsifs et délirants semblables à ceux que présentait celle-ci. Elle fut prise de crises nerveuses avec bâillements, étouffement par la boule hystérique, et manifesta un délire de persécution par les magiciens dont elle apercevait, comme sa sœur, les figures menaçantes sur les murs et dont elle entendait les voix dans le grenier. Enfin, les deux malheureuses filles se mirent à délirer à l'unisson et eurent, en même temps, les mêmes hallucinations, les mêmes phénomènes nerveux, souvent même la même agitation.

La vie n'était plus tenable ; le médecin appelé fit interner Élise à l'asile de Saint-Yon le 30 janvier 1882 avec les certificats suivants :

1° Monomanie religieuse et croyance à un sort. *Signé* : Dr Verdier ;

2° Folie mélancolique avec délire religieux et hallucinations de l'ouïe et de la vue. *Signé :* Dr Rousselin.

Le séjour à l'asile fut de cinq mois et la malade sortit très améliorée le 20 juin 1882.

Aussitôt après le départ d'Élise, tout à Limpiville était rentré dans l'ordre. Amanda, guérie comme par enchantement, reprenait absolument son état normal et ne présentait même plus de phénomènes nerveux. Le calme était parfait.

A son retour, Élise reprend elle aussi, comme par le passé, ses occupations régulières, et pendant plusieurs mois ne présente plus rien d'anormal au point de vue mental, si ce n'est une certaine tendance à la concentration et à l'exagération religieuse.

Cela dura quatorze mois environ ; puis tout à coup, vers la fin du mois de septembre 1883, sans cause appréciée par son entourage, survint un nouvel accès de folie qui, en moins de dix jours, acquit une intensité extrême.

Au milieu d'une agitation maniaque presque continue,

©BIUM

due à la folie hystérique que caractérisaient parfaitement divers phénomènes convulsifs et hallucinatoires, on démêlait nettement un délire de persécution systématisé avec tout son cortège de troubles sensoriels et psychiques spéciaux et ses impulsions dangereuses caractéristiques. Un sort jeté sur elle et sur les siens par des gens du voisinage jaloux et méchants la poursuivait; la magie l'étreignait à la gorge et l'étouffait; on lui montrait des figures terrifiantes; elle entendait des menaces, des injures et des bruits effrayants qu'elle attribuait aux préparatifs que ses persécuteurs faisaient pour pénétrer chez elle et la *larder*; elle ressentait enfin des secousses électriques qui lui indiquaient bien qu'on agissait sur elle à distance par la physique. Cet état présentait par moments des périodes d'accalmie, pendant lesquelles les conceptions délirantes de persécution seules persistaient tout en devenant plus vagues, et étaient constamment alimentées par des hallucinations de l'ouïe.

Dépeindre la douleur de ces pauvres gens est impossible. Nuit et jour en éveil, entourant Élise des soins les plus assidus et les plus pénibles, ils ne prenaient aucun repos, s'alimentaient à peine, ne cessant de pleurer et de gémir sur leur triste sort et ne pouvant se décider à se séparer une seconde fois de leur chère enfant.

Cette situation ne pouvait se prolonger longtemps sans amener de plus graves malheurs.

Un beau jour, en effet, dix jours environ après le début de l'accès délirant que nous venons de décrire, accablés par la douleur, exténués de fatigue, brisés d'émotions, Amanda la première, puis le père et la mère, furent pris successivement du même délire qu'Élise. Loin de combattre, comme ils l'avaient fait jusque-là, les conceptions délirantes de celle-ci, ils les épousaient absolument toutes et en ajoutaient même parfois de leur cru.

©BIUM

Les persécuteurs d'Élise, ils les connaissaient et les menaçaient avec elle, c'étaient les *gens de magie* qui se cachaient pour faire leurs coups et agissaient sur eux à distance par la *diabolique physique* ; c'était la sorcellerie qui les travaillait et les tourmentait de mille façons. Maintes fois ils entendaient, tous les quatre, des bruits répétés de pioches et de marteaux contre les murs de leur habitation qu'on venait détruire, des *graffignages* le long des meubles, le bruit éclatant d'un grand arbre qui s'abattait sur leur maison et allait les écraser. Alors, pris tous ensemble de panique, on les voyait se précipiter hors de leur demeure, en criant au secours et manifestant, par des gestes désespérés, la plus grande terreur. Souvent la nuit, ils se réveillaient en sursaut, criant et vociférant contre des êtres invisibles pour le père et la mère, mais qu'Élise et Amanda disaient voir et entendre rôder autour de la maison avec des armes et des pioches. Ils se levaient alors à la hâte, s'armaient de tout ce qui leur tombait sous la main et sortaient prêts à se défendre avec rage. Un jour, nous a raconté le père lui-même, ils entendirent vers le soir un grand bruit dans le grenier, puis des pas et des coups répétés de marteau contre le plafond, ils se lèvent d'un bond saisissent bâtons et fusil, et, conduits par Élise qui aperçoit seule nettement les agresseurs, ils se précipitent furieux dans la direction du bruit en proférant menaces et provocations : « Où est donc cette canaille « qui nous insulte et nous menace, s'écrie le père écu- « mant de colère et serrant fiévreusement son fusil. Ah ! « si jamais je les vois, je leur ferai vite leur affaire..... « mais ils se cachent, les lâches !... ils n'ont jamais osé « se montrer à moi !... » Puis s'adressant à ses filles : « Voyons, filles, montrez-les-moi donc, vous qui les « voyez... » Et il reste là plusieurs heures, en garde, tout haletant, fouillant d'un œil hagard l'ombre de la nuit

©BIUM

qui commence à les envelopper. Malheur à qui s'aventurera dans le voisinage ; il n'y aura certainement pas de pourparler !

Ces scènes tragiques se reproduisirent bien des fois. C'était Élise qui mettait le feu aux poudres et poussait le cri d'alarme ; Amanda, influencée la première, suivait de près sous le coup des mêmes hallucinations et les deux parents ne tardaient pas à se mettre à l'unisson. Il est à noter que ces derniers ne présentaient jamais que des hallucinations de l'ouïe.

Le pays était en émoi et l'on craignait de graves malheurs. Le médecin averti fit intervenir l'autorité, qui ordonna la réintégration d'Élise à l'asile de Saint-Yon (octobre 1883), où elle est encore en ce moment, n'ayant cessé depuis de présenter un état lypémaniaque avec délire de persécutions et prédominance d'hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale. Par moments, une certaine agitation se manifeste et la malade paraît manifester alors des hallucinations de la vue.

Après le départ d'Élise, la famille M..., pour fuir leur habitation maudite, changea de résidence et alla se fixer à quelques lieues de là. Le calme se fit aussitôt comme après la première séparation. Depuis les époux M... et Amanda ont repris peu à peu leur première vie, calme et laborieuse, ne conservant de leur ancien état délirant qu'un poignant souvenir au-dessus duquel plane la croyance timide à l'influence mystérieuse d'un sort. Cette croyance s'explique par la naïveté et le peu de culture de l'intelligence des sujets en question, qui, ne pouvant trouver une autre explication aux phénomènes étranges qui se sont passés en eux récemment, acceptent sans autre forme de procès celle qui a cours encore dans le pays arriéré qu'ils habitent, celle de l'influence des sorciers.

Réflexions. — Parmi les observations de folie com-

©BIUM

muniquées, aujourd'hui assez nombreuses, celle-ci n'est certainement pas une des moins intéressantes; mais nous la croyons surtout remarquable à un point de vue spécial et nouveau, celui de la *distribution* des délires communiqués par le sujet actif à chacun des passifs.

Nous venons en effet de voir Élise, sujet actif, atteinte d'un double délire, ou, si l'on veut, à la fois de deux formes de folie coexistantes. En premier lieu, la *folie hystérique*, caractérisée par de l'agitation maniaque avec phénomènes nerveux convulsifs, constriction à la gorge, clou hystérique, trouble sensoriel général et conceptions délirantes spéciales; en second lieu, le *délire des persécutions* avec prédominance des hallucinations de l'ouïe et impulsivité particulière.

Or, la communication de ces délires ne se se fait pas d'une façon égale à chacun des sujets influencés et l'on voit Amanda, atteinte des deux délires, présenter l'état hallucinatoire général d'Élise, alors que les deux parents, réfractaires au premier, n'acceptent que le délire des persécutions et ne présentent absolument que des hallucinations de l'ouïe.

Ceci est un fait remarquable et dont fait foi la scène tragique que nous avons déjà racontée, pendant laquelle ces quatre délirants exaspérés et sous le coup d'un violent paroxysme de fureur défensive se précipitèrent un jour en armes contre leurs agresseurs chimériques. « Où est donc cette canaille qui nous insulte et nous « menace, s'écriait le père. Ah! si jamais je la vois je lui « ferai vite son affaire..... Mais ils se cachent, les « lâches, *ils n'ont jamais osé se montrer à moi.* » Puis s'adressant à ses filles : « Voyons, filles, *montrez-les-moi, vous qui les voyez.* » Et il cherche, mais en vain, le doigt sur la gâchette de son fusil, à les apercevoir dans la direction qu'Élise lui indique.

Il est évident que la raison de cette distribution iné-

©BIUM

gale du délire est dans la différence de réceptivité de chacun des passifs, réceptivité qui est en raison directe des prédispositions pathologiques de chacun d'eux.

Or, les époux M... n'ont jamais été névropathes ni alcooliques. Amanda, au contraire, a toujours eu, comme sa sœur Élise, un tempérament excessivement nerveux. C'est donc certainement à cette disposition névropathique particulière, qu'Amanda doit d'avoir reçu communication, en même temps que du délire de persécution imposé à tous, de la folie hystérique à laquelle les deux parents sont restés réfractaires.

Enfin, la présence exclusive des hallucinations de l'ouïe chez les époux M..., atteints seulement du délire de persécution, et l'existence de celles de la vue chez leurs deux filles atteintes du même délire, mais avec complication de folie névropathique, démontrent une fois de plus et d'une façon péremptoire, ce nous semble, un fait important qui nous a depuis longtemps frappé, que nous avons relaté dans notre thèse inaugurale de Paris (6 août 1880) et que deux de nos vénérés maîtres, le professeur Lasègue et le Dr J. Falret, ont magistralement affirmé et démontré dans de savantes communications à la Société médico-psychologique (séances de novembre et de décembre 1880), à savoir :

1° Que les hallucinations de l'ouïe sont bien les hallucinations propres du délire essentiel (J. Falret), franc (Lasègue) des persécutions et en constituent un symptôme véritablement pathognomonique;

2° Que lorsque dans cette psychose on rencontre des hallucinations de la vue, c'est qu'un élément nouveau est venu s'ajouter à la maladie primitive et que l'on est en face d'une complication de névropathie (hystérie, épilepsie, chorée, etc.....), ou d'intoxication (alcoolique ou autre).

©BIUM

Archives cliniques.

22.

ASILE SAINTE-ANNE. — M. LE Dr DAGONET.

Mégalomanie religieuse.

Observation recueillie par M. Émile LAURENT, interne du service.

Le délire partiel, systématisé, plus ou moins restreint, se manifeste chez les aliénés, on le sait, sous deux formes principales : la forme ambitieuse, expansive, et la forme mélancolique, dépressive.

Cette dernière s'observe communément avec toutes les variétés imaginables. De là ces dénominations de délire de persécution, délire hypochondriaque, de mélancolie religieuse, anxieuse, etc., affections qui sont caractérisées par des manifestations délirantes variables, mais reposant toutes sur un état de dépression morale plus ou moins grand.

On peut dire qu'il n'existe guère, dans les asiles d'aliénés, en dehors de la paralysie générale, que deux sortes d'aliénés :

Ceux qui sont atteints d'un délire généralisé et que l'on a désignés sous le nom de maniaques, et ceux qui présentent, au contraire, le délire partiel plus ou moins restreint et mélancolique.

Le délire partiel ambitieux (mégalomanie) s'observe d'une manière peu fréquente ; de là cette tendance à en nier l'existence et à le confondre avec des états à évolution plus ou moins rapide, et qui se rapprochent de ceux que l'on rencontre dans la paralysie générale.

Ce type d'aliénation mentale qui se caractérise par l'exaltation du sentiment de la personnalité et les idées

©BIUM

orgueilleuses en rapport avec cette exaltation, ne saurait être mis en doute. Les malades qui en sont atteints conservent en dehors de leur délire toute la netteté de leurs idées ; ils raisonnent parfaitement sur les choses qui n'ont pas rapport à leurs préoccupations habituelles.

Il peuvent rester plusieurs années *incrustés*, pour nous servir d'une expression du Dr Jules Falret, dans les mêmes convictions que nul raisonnement ne saurait leur enlever. Leur santé physique se conserve d'autant mieux que se prolongent davantage les sentiments d'orgueilleuse satisfaction qui les dominent.

Nous devons ajouter que ce délire ambitieux se développe dans quelques cas après une période plus ou moins longue de dépression morale, qui est loin de présenter le caractère du délire de persécution qu'on a voulu lui assigner; mais il se manifeste souvent aussi d'emblée avec les signes qui lui sont propres.

L'observation suivante nous a paru intéressante à résumer sous ce rapport.

Sommaire. — Homme de 46 ans. — Antécédents héréditaires : Grand'-mère morte en démence, mère atteinte de délire de persécution. — Humeur mobile et caractère bizarre. — Profond abattement à la suite de pertes sérieuses. — Inventions. — Idées mystiques. — Délire de grandeurs systématisé, de nature religieuse : il est fils de Dieu et a une mission divine. — Hallucinations de la vue : Dieu lui apparaît. — Pas d'hallucinations de l'ouïe.

X..., âgé de quarante-six ans, jardinier, né dans la Côte-d'Or, est atteint de mégalomanie religieuse (monomanie religieuse d'Esquirol).

Antécédents héréditaires. — La grand'mère du malade est morte en démence. Mais nous n'avons pu avoir de renseignements précis sur la nature de son délire.

Son père est mort de vieillesse à quatre-vingts ans. Il n'a jamais déliré et n'a jamais été paralysé.

Il a un frère et une sœur sains de corps et d'esprit.

©BIUM

Sa mère était très dévote, fréquentant beaucoup les gens d'église. Après le mariage de son fils elle est venue passer quelques jours chez lui. Bientôt elle s'est mise à accuser sa bru de vouloir la voler, l'empoisonner, de lui mettre des pierres dans son lit. A plusieurs reprises elle l'a menacée avec un revolver, ce qui obligea X... à se séparer d'elle. Elle partit alors pour la Californie où habitait son autre fils. Là, les mêmes scènes se reproduisirent. Rentrée dans son village, elle ne pouvait vivre en paix avec ses voisins qu'elle accusait de vouloir la voler, de vouloir incendier sa maison, etc... Elle était donc nettement persécutée.

Antécédents personnels. — Début de la maladie. — X... est resté jusqu'à vingt ans dans son pays, travaillant tantôt comme garçon de ferme, tantôt comme jardinier. Il n'a pas fait de service militaire ayant été exempté comme fils aîné de veuve. Il fit sa première communion ; mais sans être irréligieux, il ne pratiquait pas, et n'allait pas à la messe.

Il vint à Paris s'établir comme jardinier dans un village des environs où il s'est marié. Au dire de sa femme, c'était un bon et fidèle époux, un excellent père de famille. Il a quatre enfants : une fille de dix-huit ans, une fille de treize ans, une fille de onze ans, un garçon de neuf ans. Tous sont bien portants. Tous ont fait leur première communion ; tous vont à la messe une ou deux fois l'an, mais aucun n'est religieux et pratiquant au sens strict du mot.

Lorsqu'il s'est établi jardinier, X*** était très pauvre; mais c'était un travailleur courageux, plein de bonne volonté et très sobre. Il ne parlait jamais de religion. Seulement il avait une grande mobilité de caractère et des idées bizarres. Il s'illusionnait très facilement. Il entreprenait une foule de choses dans la culture de ses fleurs, mais les abandonnait presqu'aussitôt. Il se figu-

©BIUM

rait que tel plant ou tel semis allait lui rapporter de grosses sommes, et puis huit jours après il n'en parlait plus, et ne s'en souvenait même pas.

X*** avait reçu dans son pays une instruction très élémentaire. Il sait bien lire; mais au dire de sa femme il n'a jamais lu aucun livre, ni sacré, ni profane; il ne lisait que le journal. Il écrit, mais sans aucune orthographe.

Voici un échantillon de son orthographe : « Tombé sous le poix de son far danx, u milié par vos zingur, a çablé de vos grandeurs, souflaité de vos mains, meurtri par vos anté, fla gailé de vos foies, tai rifié par vos cou »; ce qui veut dire : « Tombé sous le poids de son fardeau, « humilié par vos injures, accablé de vos grandeurs « souffleté de vos mains, meurtri par vos coups. »

Le 23 août 1886, la grêle a passé sur son village; toutes ses plantes furent détruites; ses deux serres furent brisées. Ce fut pour lui une véritable ruine. Il fut très vivement impressionné et tomba d'abord dans un abattement profond. Puis il refusa de travailler, restant plongé dans de profondes rêveries, parlant peu aux siens pour lesquels il s'etait montré jusque-là très affectueux, ne s'occupant plus de ses affaires, qui se trouvaient dans un état déplorable. Il parla alors d'inventer un ballon dirigeable, une pompe avec un immense volant et qui marcherait toute seule. Lorsqu'on lui demandait où il trouverait les fonds pour cela, il répondait que Dieu lui donnerait les lumières et l'argent. Alors il s'acheta des habits, se mit à aller à la messe, refusant tout travail parce que, disait-il, il était le fils de Dieu et chargé d'une mission divine. Il alla à un pèlerinage des environs.

Souvent il tirait les cartes, disant que des traîtres le trahissaient, mais sans jamais nommer personne, ni sans y attacher une grande importance, considérant ces tra-

©BIUM

hisons comme les écueils inévitables de son apostolat, ne présentant, par conséquent, pas de délire de persécution proprement dit.

Il passait alors toutes ses journées dehors à ne rien faire ; mais cependant il ne buvait jamais, quoiqu'il eût quelquefois de l'argent.

Lorsqu'on lui demandait comment il ferait pour nourrir ses enfants, il répondait : Dieu y pourvoira. C'est alors qu'on s'est décidé à le faire interner.

Interrogatoire, et examen du malade. — Lorsque nous voyons X*** pour la première fois, son aspect n'a rien de caractéristique. Il est de taille moyenne ; il porte une barbe longue et bien fournie ; son visage est doux ; ses yeux bleus et très mobiles.

Il n'existe chez lui aucun signe de paralysie générale. La parole est claire, nettement accentuée ; la mémoire parfaite ; les réponses toujours logiques ; les facultés conservent toute leur vivacité. On peut dire que sous l'influence qui le domine, le malade fait preuve d'une intelligence plus vive que celle qu'il présente à son état habituel.

Lorsqu'on l'interroge, il répond sur un ton emphatique avec une voix et des gestes de prône. A la première parole il annonce qu'il est le fils de Dieu, et que c'est son père qui parle par sa bouche.

Il demande à ce que des médecins illustres l'examinent, car, dit-il, il n'est point aliéné, et l'immortalité est empreinte sur ses prunelles. Mais il ne s'explique pas sur la forme ni la nature de ce signe d'immortalité. A toutes les questions il se borne à répondre : Dieu m'est apparu le 3 décembre 1883 pour la première fois et il m'a révélé mon immortalité.

X*** a des hallucinations de la vue. Dieu lui est apparu. Mais il ne varie pas sur la nature de ces apparitions qui ont toujours lieu la nuit et lorsqu'il est seul.

©BIUM

Voici comment il raconte celle qu'il a eue le 24 août 1886, le lendemain du jour où la grêle a détruit ses fleurs : « A une heure du matin, dit-il, j'étais assis auprès d'une « petite table sur laquelle se trouvait une lampe. Tout « à coup j'ai vu tourbillonner une fumée noire derrière « la lampe. Je fus pris de frayeur. Mais bientôt la fu- « mée s'entrouvrit comme un nuage et Dieu m'est ap- « paru. Il était vêtu d'une longue robe noire et coiffé « d'un bonnet carré semblable à celui des prêtres. Sa « barbe très longue n'était point blanchie, mais juvé- « nile comme la mienne ; ses pommettes étaient rosées « et ses yeux d'un bleu profond. Ensuite l'image s'est « transformée en un nuage blanc comme la neige, et « tout a disparu. »

X*** n'a pas d'hallucinations de l'ouïe. Lorsqu'on lui demande ce que Dieu lui a dit lors de ses apparitions, il répond invariablement que Dieu n'a pas de parole, qu'il lui a parlé par des signes. Mais il ne s'explique pas sur la nature de ces signes. Ce sont, dit-il, des secrets qu'il ne peut révéler. D'ailleurs, ajoute-t-il, je suis allé moi-même faire des déclarations à la préfecture, et je ne puis revenir là-dessus.

Lorsqu'on interroge X*** sur sa vie antérieure à son apostolat, il répond que, sans s'en douter, il subissait un temps d'épreuve. Ce n'est que le 23 octobre 1886 que Dieu l'a mis lui-même en état de grâce, en le faisant mourir et ressuciter trois fois dans la même journée. « Je me suis endormi, dit-il, et la mort est venue « me prendre pendant mon sommeil. Lorsque je me « suis réveillé, l'homme de ma vie antérieure n'était « plus. J'étais purifié. »

X*** n'est pas fixé sur la mission dont Dieu l'a chargé. Tantôt il parle de Rédemption et s'intitule le Sauveur des hommes, le frère et le successeur de Jésus-Christ ; tantôt il doit, avec l'aide de Dieu, sauver la France ;

©BIUM

tantôt il se propose de réformer la religion catholique, de supprimer Pâques et la confession, d'offrir le pain bénit à la Sainte Table en place de l'hostie : tantôt il se pose en justicier et en vengeur, exhortant les hommes au remords et à la pénitence, prophétisant de grands cataclysmes. « Hommes dans ce monde d'ici-bas, dit-il « dans une de ses communications écrites, vous qui jetez « au vent les remords de la vie, vous qui blasphémez « votre Rédempteur, si je voulais, je vous écraserais du « haut des cieux. Vous qui cherchez dans l'obscurité « la lumière éternelle, les flambeaux de la vie, le re- « mords des hommes, le royaume des cieux et le bon- « heur de l'avenir, tremblez à l'horizon qui doit dispa- « raître. Du haut des cieux j'ai descendu sur la terre pour « faire trembler l'univers et répandre sur mon peuple « la terreur. Que le blasphème sorte de chez vous et « que la crainte le remplace, car le passé n'est plus. Les « choses sont changées. Si jamais l'univers n'a bougé, « vous le sentirez remuer sous vos pieds. J'éveillerai le « lion du désert qui dort d'un sommeil engourdi ; je « ferai flotter la barque du rameur sur les mers ; par « mes tourbillons je rallierai les flots ; je ferai trembler « l'auxiliaire de l'Océan ; je ferai bannir le roi des Alpes. « Je ferai souffler les vents de la Tamise ; je ferai gron- « der le lion du Danemark ; j'agiterai les panthères, « j'obscurcirai le jour. »

X*** parle rarement de la sainte Vierge ; cependant elle lui est apparue une seule fois le 23 juillet 1883. Mais il semble attacher peu d'importance à ce fait.

Il ne nie pas la Trinité dont il prétend faire partie comme frère de Jésus-Christ : il prétend même faire tout par trois, nombre fatidique et sacramentel. Ainsi, dit-il, je vous ai parlé pendant trois jours ; je vous écrirai pendant trois jours. Lorsqu'on lui fait obser- ver que Dieu le Père, le Christ, le Saint-Esprit et

©BIUM

lui, cela fait quatre, et que, par conséquent la Trinité n'est plus, il n'en continue pas moins à l'affirmer sans essayer de donner des explications.

Il semble avoir peu de considération pour les prêtres qu'il appelle dédaigneusement les serviteurs de son père. Lors du premier jour de son entrée, nous avons demandé à X*** de nous transcrire ses idées par écrit, de nous faire en quelque sorte un évangile de la religion nouvelle. Il s'y est d'abord refusé parce que, disait-il, Dieu son père ne le lui permettait pas. Ce n'est que le troisième jour qu'il s'est mis, chaque matin, pendant trois jours, à nous remettre une courte note écrite avec cette orthographe dont nous avons donné un spécimen, sorte de morceau d'une apocalypse nouvelle, encore plus obscure et plus prophétique que l'autre. Le troisième jour il nous a dicté une longue instruction divine en trois lectures, et qu'il intitule : « Paroles de Dieu par la bouche d'un ignorant. » C'est un mélange de menaces, d'exhortations, de récriminations sur son sort et sur celui de Christ son frère, d'énumérations des merveilles du ciel et de la terre, de prières, etc... Il destine ces lignes, dit-il, à tous les journalistes qui insèreront chaque jour dans leurs journaux une de ces lectures. Cependant il ajoute qu'il faudra en excepter le rédacteur du *Soleil*, qui a refusé de lui insérer une lettre dans laquelle il expliquait la catastrophe de Nice (nous ne savons pas si cette lettre a été réellement envoyée).

X*** s'est mis ensuite à composer des romances, des chansons, sans signification aucune, et pas même rimées. En voici, par curiosité, un passage avec orthographe rectifié :

C'est à l'asile Sainte-Anne
Que j'ai été captivé,
De mes bontés,
Rendu à l'humanité
Souffrante
Des misères de la vie, etc...

©BIUM

Ce qui n'empêche pas X*** de se déclarer le plus grand poète de la terre.

Les mêmes idées et les mêmes mots reviennent constamment dans ses paroles et ses écrits : Ce sont les mots de *gloire*, de *merveilles*, *d'horizon*, *d'avenir*, *d'éternité*, de *vengeance*, etc...

Il a aussi des alliances de mots d'une hardiesse rare, mais d'un choix douteux. Ainsi il parle de *l'horizon de l'avenir*, de *l'onde* du *désarroi*, des *flambeaux de la vie*, des *parois* de *la pensée*, de *l'ombre* de *l'aurore*, de la *candeur* des *sublimes revers*, etc...

X*** ne parle jamais de sa famille, et n'exprime pas le désir de voir les siens. Néanmoins, sa femme étant venue dernièrement pour la première fois, il l'a fort bien reçue.

Conclusions. — En résumé, cette forme de délire s'est manifestée sous l'influence de causes peu appréciables. Peut-être la vive contrariété que lui a causée la destruction de ses fleurs par la grêle, a-t-elle contribué à la développer. Il faut, à notre avis, l'attribuer surtout à une prédisposition héréditaire.

Il est probable que ce malade gardera longtemps les mêmes idées. Son affection mentale ne dure pas depuis assez longtemps pour qu'on puisse la déclarer incurable ; elle ne présente pas non plus chez lui de caractère intermittent qui lui assignerait une courte période de délire. Nous ne croyons donc pas cette forme de mégalomanie absolument incurable, mais il n'est pas rare, on le sait, de la voir durer indéfiniment. A ce dernier point de vue il sera intéressant de suivre cette observation.

©BIUM

23.

ASILE DE DIJON. — M. LE Dr DUMAZ, MÉDECIN EN CHEF

Mélancolique halluciné au sommet d'un clocher.

Observation recueillie par M. le Dr BELLOT, médecin adjoint.

SOMMAIRE. — Lypémanie avec stupeur, idées de suicide. — Antécédent alcooliques. — Hallucinations de l'ouïe. — Ascension périlleuse au sommet d'un clocher. — Descente spontanée au bout de seize heures — Danger qu'il peut y avoir, dans certains cas, à faire des tentatives de sauvetage. — Résistance musculaire du malade, peu en rapport avec sa force physique apparente.

M..., Henry, quarante ans, maçon, entré à l'asile le 30 mars 1885. Pas de renseignements sur les antécédents héréditaires. Quelques excès alcoliques, à la suite desquels M... est devenu triste, concentré, évitant la société de ses semblables ; il refusait tous les aliments ; on dut le conduire à l'asile.

Avril et mai. — Devient sombre, déprimé, refuse de s'alimenter ; est toujours absorbé par des idées délirantes de nature triste, hallucinations de l'ouïe.

Juin. — Recrudescence des hallucinations de l'ouïe, suivie d'une courte période d'excitation, qui a cédé la place à une période de dépression. Nouvel accès de sitiophobie.

Juillet. — Dépression constante, pleure fréquemment.

Octobre. — S'excite, marche sans but pendant des journées entières.

Novembre. — Inconscience absolue de sa situation ; pleure sans motif, dit qu'il veut mourir.

1886. *Janvier.* — Toujours sombre, peu communicatif, les hallucinations de l'ouïe augmentent d'intensité et

©BIUM

ne laissent presque plus de répit au malade qui manifeste des idées de suicide.

Avril. — Même état. S'excite parfois quand on lui parle. Devient incohérent.

Jusqu'au mois de juillet 1887, l'état mental de M... ne présente aucune modification; il devient de plus en plus incohérent, les hallucinations de l'ouïe persistent avec intensité, et, enfin, le 13 août dernier, trompant la surveillance des gardiens, au moment du lever, vers cinq heures du matin, M... grimpe sur les toits d'un bâtiment contigu à la chapelle de l'asile, gagne, au mépris d'un grand danger, l'échelle du paratonnerre et finit par se hisser au sommet de la croix, où il reste jusqu'à neuf heures du soir, à une hauteur de 50 mètres au-dessus du sol.

En l'absence de M. Dumaz, médecin en chef directeur, qui est en congé, j'employai tous les moyens pour amener ce malade à abandonner son nouveau et dangereux domicile.

Tout fut inutile, ne pouvant en aucun endroit, vu la disposition des bâtiments, placer des matelas pour protéger ce malade en cas de chute, je pensai à lui donner les moyens de pratiquer sa descente plus aisément, et, sur le bord d'une ouverture pratiquée dans la toiture, je fis installer une plate-forme, de laquelle on passait facilement dans l'intérieur du clocher. Ce travail à peine terminé, M .. me fit savoir qu'il descendrait pendant la nuit. Dès ce moment, je fis cesser tous les pourparlers et dissimuler, autant que possible, toute surveillance. Survint un violent orage accompagné d'une pluie torrentielle, qui me fit espérer que M... allait quitter sa position difficile (à ce moment, il était à cheval sur la branche horizontale de la croix). Il n'en fut rien, et ce n'est que le soir, vers neuf heures, qu'il se décida à descendre sur la plate-forme, de là dans le clocher, où

©BIUM

l'attendaient deux gardiens qui le conduisirent fort tranquillement à l'infirmerie, où je lui fis donner les soins que nécessitait son état.

Interrogé sur les motifs qui l'avaient amené à faire cette escapade, M... me répondit que, depuis quelques jours, il entendait des voix qui le poussaient à faire cette ascension, sous peine de couardise, et, pour montrer qu'il ne manquait pas de courage, il avait accepté le défi.

Il ajoute que lorsqu'il a été arrivé au sommet du clocher, on ne lui a tenu aucun compte de sa hardiesse, et les hallucinations ont persisté tout aussi intenses. Certaines voix lui disaient de se précipiter dans le vide, si on essayait d'arriver jusqu'à lui ; d'autres lui disaient de rester sur la croix comme le Christ ; et, enfin, les dernières, auxquelles fort heureusement il a obéi, lui disaient de descendre pendant la nuit, ce qu'il a fait sans accident.

Remarques. — Cette observation me paraît intéressante à plusieurs points de vue : elle fait ressortir la résistance musculaire de certains aliénés, hallucinés de l'ouïe ; celui-là s'est soutenu pendant seize heures sur une mince tige de fer, dans différentes attitudes toujours très fatigantes, et il est d'une force physique très ordinaire.

Elle démontre aussi combien il est prudent, dans certaines conditions, de ne pas tenter une intervention qui pourrait avoir les plus graves conséquences.

Quelques personnes m'avaient fait savoir qu'elles se chargeaient d'aller chercher ce pauvre malheureux, dont la vie était certainement en danger, car on pouvait craindre la rupture de la croix sous l'influence des oscillations brusques que lui imprimait M... J'ai fait remercier ces courageuses personnes, et je ne puis que me féliciter de ne pas avoir accepté leur concours pour

©BIUM

l'accomplissement d'une tâche aussi périlleuse, aujourd'hui que je connais la détermination qu'aurait prise M... à la vue de ses sauveurs.

La relation de cette observation rectifie en même temps quelques erreurs qui se sont glissées dans la presse et répond aussi à certaines critiques qui m'ont été signalées.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 25 JUILLET 1887.

Présidence de M. Magnan.

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

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance imprimée comprend :

1° Le dernier numéro du *Bulletin du manicome* de Fleurent.

2° Troisième communication sur une force nouvelle (Thore).

3° *Les familles d'épileptiques;* par le Dr Bombart.

4° *Altes aus neuen Anstaltsberichten;* par le Dr Brosius.

5° *Verslag betreffende het Gesticht Meerenberg, over het jaar* 1886 ; par le Dr Van Persijn.

6° *Un altro caso di paramioclono multiplo di Fridreich* ; par le Dr Silvio Venturi.

7° *Dell'ezione della calamita sulle idee fisse morbose;* par les Drs Venturi et Ventra Dominico.

8° *La Pellagra nelli provincie meridionale d'Italia;* par le Dr Venturi.

Rapport de candidature.

M. Rouillard. — Messieurs, vous avez chargé une commission composée de MM. Ball, Briand et Rouillard rapporteur, de faire un rapport sur la candidature de M. le Dr Bettencourt- Rodrigues au titre de membre associé étranger de notre Société.

Le Dr Bettencourt-Rodrigues était déjà rompu à l'étude de l'aliénation mentale lorsqu'il fut, il y a deux ans, nommé médecin de l'asile d'aliénés de Rilhafollès à Lisbonne. Interne des asiles de la Seine, il passa sa thèse à la Faculté de Paris, ayant pris pour sujet : *Con-*

©BIUM

tribution à l'étude des réflexes dans la paralysie générale des aliénés. Cette thèse qui n'a pas reçu tout le développement que l'auteur aurait voulu lui donner, forcé qu'il était de prendre possession de son poste à Lisbonne, n'en constitue pas moins une monographie importante et sérieusement étudiée, d'un des nombreux symptômes de la paralysie générale. Se basant sur de nombreuses observations recueillies à Sainte-Anne, le Dr Bettencourt arrive aux conclusions suivantes : Au début de la maladie, alors que les symptômes pathognomoniques, s'il y en a, font défaut ou sont effacés, on constaterait le plus souvent, d'une part l'exagération des réflexes tendineux et en particulier du réflexe rotulien, et d'autre part la perte ou la diminution du réflexe plantaire. Ces signes peuvent donc être d'un grand secours pour le diagnostic. Il va sans dire que l'auteur ne parle pas des formes dites spinales, ni cérébro-spinales, dans lesquelles moelle et cerveau sont atteints simultanément.

Mais, Messieurs, ce n'est pas avec ce seul bagage scientifique que notre confrère, M. Bettencourt-Rodrigues, se présente devant vous. Il a rendu à la psychiatrie un service considérable en répandant son étude en Portugal. Il n'a pas craint, malgré sa jeunesse, d'aborder, lui premier, l'enseignement de la psychiatrie dans un cours libre, inauguré en 1886 à l'asile de Rilhafollès, à Lisbonne. Ce cours sur les maladies mentales et nerveuses, est le premier fait sur notre spécialité dans le Portugal. Les principales notabilités médicales de Lisbonne ont tenu à y assister, et il a remporté un grand succès, d'après le témoignage de la presse médicale et de la presse politique. M. Bettencourt-Rodrigues, d'après la « *Revue de l'Education et de l'Enseignement* de Lisbonne », a traité jusqu'ici les principales questions. Après avoir développé des considérations générales sur l'aliénation mentale et les principales classifications, il fit l'éloge et l'histoire de la réforme de Pinel. Puis vinrent successivement, le délire des persécutions, les délires partiels, l'épilepsie et les attaques épileptiformes, l'épilepsie expérimentale, l'étude de la responsabilité, puis l'alcoolisme, les hallucinations et la mélancolie. Voilà les questions traitées

©BIUM

pendant l'année. Ce cours continue avec la faveur marquée du public médical.

Vous saurez récompenser, Messieurs, les louables efforts, couronnés de succès, que fait M. Bettencourt-Rodrigues pour répandre dans sa patrie les idées, les théories de la psychiatrie française. En effet, d'après les compte rendu de ses leçons, nous voyons que notre savant confrère reste, avant tout, quelle que soit sa probité scientifique, un élève de Sainte-Anne, et qu'il cite au premier rang et adopte les idées des grands aliénistes français, dont un grand nombre sont encore parmi vous.

Nous espérons donc, Messieurs, que vous ratifierez par votre vote la conclusion de la commission qui vous propose de nommer M. Bettencourt-Rodrigues, membre associé étranger.

Les conclusions du rapport de M. Rouillard sont adoptées, et M. Bettencourt-Rodrigues est, à l'unanimité des membres présents, nommé membre associé étranger.

Du délire chronique (suite).

M. B. Ball. — Messieurs, depuis longtemps la Société médico-psychologique s'occupe avec un intérêt des plus légitimes de l'une des plus grandes questions de la médecine mentale ; des trésors d'érudition et d'éloquence ont été libéralement dépensés, par les divers orateurs qui se sont succédé à cette tribune, et je n'abuserai certainement pas de votre patience en rentrant dans le débat. Mais, comme il s'agit avant tout d'une question de fait, et qu'en matière de clinique, les hypothèses doivent toujours rester les très humbles servantes de la réalité, j'ai cru qu'il ne serait pas sans intérêt de vous présenter quelques observations cliniques, qui peuvent éclairer, dans une certaine mesure, les principales questions soulevées au cours de cette controverse.

La thèse soutenue par certains de nos collègues porte spécialement sur trois points. Ils affirment que le *délire des persécutions,* décrit par Lasègue, n'est qu'une phase particulière d'une évolution morbide qui comporte toujours quatre périodes rigoureusement enchaînées dans un ordre invariable; en *second lieu,* ils donnent à

©BIUM

cet ensemble de phénomènes le nom de *délire chronique* et réclament pour cette psychose spéciale le rang d'une entité morbide nouvelle. Enfin, d'après eux, le nom de Lasègue doit disparaître de l'historique de la question pour être remplacé par celui des observateurs, venus plus tard, qui ont, pour ainsi dire, organisé la nouvelle doctrine.

Il est universellement admis, et cela depuis fort longtemps, que dans un grand nombre de faits, l'évolution psychologique morbide parcourt réellement les quatre phases qui lui sont attribuées par des aliénistes éminents.

Mais il est non moins énergiquement affirmé, par des observateurs de la plus grande expérience, que non seulement cette règle comporte des exceptions, mais encore que ces exceptions sont assez nombreuses pour infirmer complètement la règle.

Je me propose d'apporter à la Société quelques observations destinées à prouver que non seulement le délire ambitieux peut, à lui seul, ouvrir la marche et occuper presque constamment la scène, mais encore que lorsque les phases successives du délire existent, elles sont loin de répondre à l'évolution systématique qui a été si magistralement formulée.

Si l'on m'accusait de déroger à la dignité de ces débats en apportant ici l'étude détaillée de certains faits particuliers, lorsqu'il existe des milliers de faits depuis longtemps consignés dans les recueils, je répondrai avec les anciens : *non numerandæ sed perpendendæ observationes.*

Le premier malade dont j'aurai à vous entretenir nous offre un cas complexe, où des idées de persécution viennent se mêler au délire des grandeurs qui constituait non seulement la trame fondamentale, mais le point de départ *primitif* de la maladie mentale.

Je ne crains point de violer les secrets de la vie privée en vous apportant ici les noms et prénoms, titres et qualités de notre malade ; je ne crains nullement de m'exposer à des poursuites judiciaires, pour violation du secret professionnel. Notre malade s'appelle *Pierre de Bourbon*, il est le fils du duc d'Enghien, fusillé en 1804 par Napoléon I[er], et de la princesse Adelaïde-Wilhelmine

©BIUM

de Bavière, sa femme ; il est né aux Tuileries, et y a toujours résidé. L'apparence extérieure de Pierre de Bourbon ne correspond pas à l'âge respectable qu'il tend à s'attribuer. Il aurait aujourd'hui quatre-vingt-quatre ans, d'après la date supposée de sa naissance ; il offre les traits d'un homme de quarante ans environ, et la vigueur qu'il déploie en travaillant à l'asile ne permet guère de supposer que son âge soit plus avancé. Il a été arrêté le 3 février 1883, au moment où il essayait de renverser une statue de femme qu'il appelait « *la Marianne* », et qu'il fallait, disait-il, envoyer à Nice, pour y être enterrée avec le corps de Gambetta. Celui-ci, disait-il, a fini comme il devait finir, par la main d'une femme.

Rien ne serait plus intéressant que de connaître la véritable origine, la filiation, les antécédents de cet homme ; mais depuis le jour de son arrestation, il ne s'est jamais démasqué, et, comme il ne reçoit pas de visites, nous en sommes réduits aux réponses qu'il a formulées dans l'interrogatoire auquel il a été soumis, il y a cinq ans, par Lasègue.

— Comment vous nommez-vous ? lui dit-on.

— Je m'appelle Pierre.

— Quels sont vos parents ?

— Je suis un Bourbon, fils du duc d'Enghien et d'une princesse de Bavière.

— Quelle est votre profession ?

— Prétendant.

— Où êtes-vous né ?

— Aux Tuileries.

— Où demeurez-vous ?

— Aux Tuileries.

— Mais ce palais a été incendié sous la Commune.

— Cela est absolument faux, c'est la presse radicale qui a répandu ce bruit.

Impossible d'en tirer d'autres renseignements. Il prétend seulement qu'il doit succéder au comte de Chambord, qui vit toujours, car ce sont les journaux républicains qui ont répandu la fausse nouvelle de sa mort. Nous apprenons, en outre, qu'il possède une fortune de 200 millions déposés à la Banque de France,

©BIUM

et qu'il se croit actuellement enfermé comme prisonnier d'Etat, dans un château fort ; ce château, c'est l'asile Sainte-Anne.

C'est en vain que nous lui faisons observer que, dans l'ordre de succession légitime, la branche d'Orléans devrait passer avant le duc d'Enghien. Il nous répond imperturbablement que Philippe VII est un usurpateur. Quand nous soulevons la question de la candidature de don Carlos, il nous répond avec l'indignation la plus vive : ce prince n'est pas Français.

Nous constatons sans peine qu'il est un ouvrier.

En effet, malgré sa physionomie assez fine, il avait dès son entrée les mains calleuses d'un homme habitué au labeur manuel. Il travaille assidûment à l'atelier, et lorsqu'on lui demande comment un prince peut s'assujettir à des occupations si peu dignes de lui, il répond : *C'est pour donner le bon exemple à mes sujets; Louis XVI n'a-t-il pas été serrurier?*

Il a réclamé énergiquement le droit d'aller à la messe, comme c'est le devoir de tout bon chrétien. Il vit en bons termes avec son entourage, et ne varie jamais dans ses prétentions, qu'il soutient avec beaucoup d'esprit, quelquefois avec une véritable éloquence.

Il y a donc ici substitution complète d'une personnalité à une autre.

Le *Moi* primitif a complètement disparu, et nous n'avons jamais pu en retrouver les traces. Cependant en l'interrogeant sur son éducation, nous avons appris qu'il avait été élevé chez les frères. Quand nous lui fîmes observer qu'une éducation pareille n'était point celle qu'on donnait à un prince destiné au trône, il nous répondit qu'il avait rempli un devoir en s'assujettissant à la règle commune.

Il se souvient d'un de ses maîtres qui s'appelle « frère Philippe. » Ses révélations ne vont pas plus loin.

L'écriture de cet homme a le type commercial ; elle est régulière et très lisible. Il commet fort peu de fautes d'orthographe et son style est quelquefois très élégant.

Il semble avoir reçu une bonne éducation élémentaire. Nous ne trouvons chez lui aucun vestige d'une éducation classique.

©BIUM

La première partie de son histoire nous est absolument inconnue. Nous ne savons donc pas, si, jamais, à une époque antérieure, il a présenté des idées de persécution. Celles qu'il manifeste aujourd'hui n'appartiennent nullement au type classique que nous connaissons tous. Il est *plein d'ennemis*, dit-il (je cite ses propres expressions) ; mais ces ennemis, ce sont les radicaux, qui veulent l'empêcher de monter sur le trône ; ce sont les révolutionnaires qui détiennent injustement le pouvoir, et qu'il n'épargne pas dans ses discours. Ce sont enfin les impies, les ennemis de la patrie et de la religion qui sont aussi les siens. Ces idées vagues ne sont évidemment que la répercussion de son délire ambitieux, qui, dans son vol irrégulier, se heurte aux parois anguleuses de la réalité.

Mais pour prendre les traits d'un véritable persécuté, il lui manque trois grands caractères.

— Le premier, c'est la *malveillance*. — Loin d'être méchant, hargneux, agressif, il est bon enfant, bienveillant pour ses camarades et même pour les médecins qui le soignent, qualité si rare chez les aliénés. Il n'a jamais eu de difficultés avec son entourage, pendant les cinq ans qu'il a passés à la clinique. Une aussi longue expérience permet de juger un caractère.

Le second point, c'est l'*inquiétude* habituelle à ces malades, dont nous ne rencontrons aucun vestige chez lui. Soumis aux règles de la maison, il n'élève aucune réclamation.

Il ne demande même pas son élargissement ; il attend paisiblement qu'on vienne le prendre par la main, pour le placer sur le trône.

Il n'a pas davantage fait choix d'un persécuteur.

Il n'a, en définitive, comme ennemis, que les adversaires du bien public.

Le *troisième* caractère qui fait absolument défaut, ce sont les *hallucinations de l'ouïe*.

Régulièrement observé depuis cinq ans, il n'a jamais manifesté la moindre aberration de ce genre ; ajoutons en passant qu'il paraît jouir d'une santé parfaite et que son sommeil est absolument régulier.

Il y a donc chez cet homme mystérieux un délire systématisé primitif, un délire qui semble ne procéder

©BIUM

que de lui-même et dont les racines ne plongent nullement dans une couche géologique plus ancienne que celle que nous observons aujourd'hui. Il n'a pas fait deux parts de son existence ; il a purement et simplement supprimé la première moitié de sa vie, et s'il se montre aimable et bienveillant dans les rapports ordinaires, il reste intraitable sur un seul point, celui qui touche à ses prétentions.

Dans une circonstance récente, après une conversation dans laquelle je lui avais vaguement insinué l'idée de m'accompagner devant une société savante, pour y exposer la teneur de ses idées, il m'écrivit la lettre suivante :

« Monsieur le professeur Ball,

« Ces jours derniers, vous m'avez convoqué à une réunion intime, dont j'ai deviné le but ; me faire abdiquer mes prétentions justes et fondées, et cela de la part d'un gouvernement informe, qui s'attire chaque jour les mépris et les sarcasmes de la nation en pratiquant ces actes inqualifiables qui se justifient par cette devise profondément scélérate : *Ni Dieu ni maître*. Et l'on ne se lève pas en masse pour chasser ces intrus de notre belle nation ; c'est à y perdre l'esprit et désespérer de la France catholique... »

Il me paraît inutile de reproduire le reste de cette épître, qui se poursuit sur le même ton et qui est signée Pierre de Bourbon.

Je ferai seulement remarquer que dans une autre circonstance, je lui ai proposé d'exposer ses idées dans mon amphithéâtre : il a refusé sous prétexte qu'il y avait des dames dans l'auditoire, et que cela n'était pas *sérieux*.

Nous sommes ici en présence d'un ambitieux vulgaire, qui, tout en professant des idées exaltées, ne songe qu'aux honneurs et aux dignités terrestres. Il est d'autres sujets qui nous offrent l'image d'un délire plus idéalisé.

Mais il est bien certain que nous n'avons point affaire à un véritable persécuté, à un malade offrant le type psychologique que nous connaissons tous, depuis le mémorable travail de Lasègue ; et s'il a quelques idées

©BIUM

vagues de persécution, elles sont consécutives au délire ambitieux ; elles ne l'ont certainement pas précédé.

On me reprochera peut-être de ne point connaître les débuts de la maladie mentale dont je viens de vous rapporter l'histoire. On me dira peut-être que pendant la période sur laquelle nous manquons absolument de renseignements, des troubles significatifs ont pu, peut-être, se produire. On ne m'adressera pas, sans doute, la même critique au sujet de la seconde et très remarquable observation que je vais maintenant soumettre à votre appréciation.

Un homme de trente-huit ans, d'un assez beau développement physique, est arrêté et conduit à Mazas sous l'inculpation d'escroquerie. Il est examiné sous le rapport mental par M. Motet, à la suite d'une lettre adressée par sa sœur à M. le procureur de la République. Cette personne fait savoir que son frère nourrit depuis longtemps certaines idées ambitieuses. A la suite d'un rapport rédigé par M. Motet, et dont nous n'avons pas eu connaissance, le sujet, que nous appellerons Louis, a été transféré et examiné le 7 mai 1884 par Legrand du Saulle, qui rédigea le certificat suivant :

Délire partiel. Révélations célestes. Désir de rétablir le pouvoir temporel du pape. Hallucinations anciennes de l'ouïe. Lucidité manifeste en dehors de son délire très limité. Inculpation d'escroquerie, ordonnance de non-lieu.

Transféré de la préfecture à la clinique des maladies mentales, cet homme nous a révélé une histoire des plus intéressantes et des plus significatives au point de vue psychologique.

Nous la réduisons à ses détails les plus essentiels.

Il avait huit ans, dit-il, lorsque réuni à ses condisciples qui faisaient leur première communion, il fut vivement frappé par la présence de l'évêque qui présidait la cérémonie, et qui s'adressait aux enfants, leur parla avec bienveillance en demandant à chacun d'eux quelle profession il comptait embrasser dans la vie. L'un disait: je serai cultivateur, l'autre, je serai militaire, et chacun exprimait naïvement ses idées et ses expériences. Quand ce fut le tour de notre homme, il s'écria avec assurance : moi, je veux être pape. — Fort bien, mon ami, lui dit

©BIUM

le bon évêque, vous avez choisi là une belle profession. — Cette parole lancée à l'improviste, sous l'empire d'une sorte d'inspiration, devait décider de l'avenir du jeune homme, elle était peut-être la première manifestation du délire, qui depuis trente ans règne sans partage sur son esprit. Quoi qu'il en soit, dès ce moment cette idée règne en maîtresse dans ce jeune cerveau. Les railleries de ses camarades ne font que le confirmer dans cette idée. Il entre au séminaire pour devenir prêtre (il avait un oncle supérieur d'un couvent), mais il s'aperçoit bientôt que toute allusion aux idées qui le préoccupent est très sévèrement reçue, dès lors il se concentre en lui-même, sans perdre son objectif de vue. Bientôt il se dit que la hiérarchie catholique, si puissamment organisée, ne laisse aucune liberté à ses membres et qu'il lui sera bien plus facile d'aspirer à la papauté comme simple laïque, que de lutter contre l'opposition systématique de tous ses supérieurs. Il quitte donc le séminaire, il renonce au sacerdoce, sans renoncer à ses idées, et comme il faut vivre en attendant, il se fait agent d'affaires. Pendant ce temps il roule dans sa tête des projets grandioses, il est absolument sûr d'atteindre son but, il se promet de rétablir le pouvoir temporel et de ramener l'harmonie dans l'Église pour la réconcilier avec le pouvoir civil.

A la mort de Pie IX, il écrit au conclave pour poser sa candidature ; il est profondément affligé de l'élection de Léon XIII, il écrit au nouveau pape pour le prier d'abdiquer en sa faveur ; il est profondément froissé de ne recevoir aucune réponse à cette communication. Il n'en continue pas moins à nourrir des espérances ambitieuses. Enfin, des événements auxquels nous venons de faire allusion, le font tomber sous le coup de la justice, et l'amènent enfin de compte à la Clinique des maladies mentales, où nous l'avons gardé près de cinq mois. Pendant toute la durée de son séjour, il est resté fidèle à son délire sans jamais en franchir les limites ; sous tous les autres points, il parle en homme parfaitement sensé. Il cherche à se disculper, peut-être avec raison, de l'accusation d'escroquerie qui pèse sur lui. Nous n'avons trouvé aucune trace des hallucinations de l'ouïe signalées par Legrand du Saulle.

©BIUM

Il est sorti le 20 septembre 1884. Le certificat rédigé par le chef de clinique M. le Dr Vallon, était conçu dans les termes suivants :

M. X... vit depuis trente ans avec l'idée qu'il sera pape un jour. Jamais sa conduite n'a nécessité son internement dans un asile d'aliénés ; il a fallu les circonstances qui l'ont amené à Mazas pour qu'on s'aperçût de son délire. Depuis qu'il est à Sainte-Anne, il est parfaitement calme, il travaille régulièrement, il réclame sa sortie, avec une grande insistance, tout en mettant la plus parfaite modération dans ses réclamations. Il ne paraît pas dangereux.

Depuis cette époque, nous avons appris que le malade était rentré dans la vie ordinaire, sans renoncer un seul instant à ses prétentions.

Voici donc un homme, d'ailleurs sain d'esprit, qui vit depuis un tiers de siècle sous l'empire d'une idée fixe, qui n'a jamais présenté à aucune époque des idées de persécution, et qui n'a jamais varié en ce qui concerne le fond essentiel de son délire. Il écrit des lettres insensées aux dignitaires de l'Eglise et s'étonne de ne point recevoir de réponse. Il nourrit des espérances chimériques, dont il soutient ouvertement la validité, et auxquelles il conforme ses actes. Il est donc fou ; mais jamais on ne vit de délire plus limité. L'histoire de ses antécédents est absolument nette ; elle est confirmée par les renseignements puisés auprès de sa famille, et nous ne saurions signaler la moindre trace de cette évolution progressive qui par une longue série d'étapes, transforme les persécutés en ambitieux et les ambitieux en déments.

Ajoutons à titre de renseignement que nous n'avons découvert dans la famille du sujet, aucune tache héréditaire.

Dira-t-on que, plus tard, des idées de persécution viendront un jour occuper la scène? Mais alors le processus serait retourné en sens inverse, et l'ambition aurait précédé les idées de persécution au lieu de leur succéder.

Voilà donc un fait clinique bien nettement en contradiction avec la doctrine que l'on prétend établir.

Qu'il existe des milliers de persécutés, suivant l'ex-

©BIUM

pression de M. Garnier, qui suivent dans leur délire cette évolution progressive, dont la crise principale consiste, comme l'avaient très justement indiqué Morel, Foville et Legrand du Saulle, à passer de l'inquiétude à la persécution, et de la persécution à l'ambition, cela n'est douteux pour personne ; mais l'exagération commence au moment où l'on veut créer à cet égard une règle inflexible, et jeter, pour ainsi dire, tous les malades sur un lit de Procuste, où on les taille sur le patron d'une formule impitoyable. Non seulement il existe des exceptions à la règle, mais cette règle elle-même ne saurait nous fournir les véritables caractères de la maladie à laquelle on veut l'appliquer.

Ce qui caractérise essentiellement le délire des persécutions, c'est l'abus de la logique, c'est la préoccupation systématique, c'est encore et surtout *l'autophilie*, la tendance à tout rapporter à soi, c'est la rigueur systématique des conclusions, qui forme un si violent contraste avec l'impuissance à percevoir la réalité, et à comprendre la véritable position des choses.

Qu'il soit ambitieux ou non, le persécuté est avant tout *un être subjectif*, qui s'enferme en lui-même, à la façon de Descartes, pour méditer sans cesse et retourner dans son esprit les mêmes conceptions délirantes. Voilà pourquoi, s'il fallait changer des expressions consacrées depuis longtemps par le consentement universel, nous donnerions volontiers à cette maladie mentale le nom de *délire systématisé primitif*, qui est assez généralement adopté en Allemagne et en Italie. On pourrait aussi, si l'on voulait s'en tenir à l'expression symptomatique, la désigner, comme certains observateurs anglais, sous le nom de *délire du soupçon*, puisqu'une incurable défiance est un de ses caractères les plus remarquables et les plus incommodes. Mais on ne saurait imaginer une appellation moins heureuse que celle de *délire chronique* qui s'attache à un seul des caractères de la maladie, et à celui qui précisément la distingue le moins des autres formes d'aliénation mentale. La folie, disait Esquirol, est une maladie *chronique*, ordinairement sans fièvre ; et nous savons tous que cette définition s'applique à l'immense majorité des maladies qui méritent une place dans le cadre des psychoses, —

©BIUM

si nous en exceptons ces explosions brutales, qui sont plutôt une phase de la maladie, que la maladie elle-même.

Mais dans la plupart des sciences naturelles, il est d'usage, depuis longtemps, de consacrer le nom des inventeurs en l'appliquant à des désignations scientifiques. On crée ainsi des expressions qui, non seulement ont le mérite de ne prêter à aucune discussion, puisqu'elles n'expriment aucune théorie, mais qui servent encore à marquer le respect qu'on doit aux ancêtres et à consacrer le souvenir des travaux qui leur donnent des droits si légitimes à notre reconnaissance. Pour mériter un pareil hommage, il n'est point nécessaire d'avoir embrassé du premier coup d'œil tous les éléments d'une question, d'en avoir saisi de prime abord tous les détails ; il suffit d'avoir donné l'impulsion première, d'avoir lancé l'idée vraiment originale, dont les travaux ultérieurs ne sont à proprement parler que le développement consécutif.

On formerait une bibliothèque immense, en réunissant ces montagnes de travaux qui depuis un demi-siècle ont illustré l'histoire de la néphrite albumineuse : et cependant personne ne songe à supprimer cette expression classique : *la maladie de Bright*, qui consacre à la fois la gloire du premier inventeur, et le souvenir du point de départ auquel nous devons toujours remonter pour saisir l'enchaînement de ce vaste ensemble de faits.

Si donc il fallait renoncer à l'expression si pittoresque et si généralement acceptée qui caractérise la maladie mentale aujourd'hui soumise à nos débats, s'il fallait renoncer à dire le *délire des persécutions*, nous dirions volontiers *la maladie de Lasègue*, saluant ici cette grande et noble figure dont la plupart d'entre nous ont conservé le souvenir, et pour laquelle nous éprouvons tous un sentiment mêlé de respect et d'admiration.

Il appartient à ceux qui l'ont personnellement connu, qui ont ressenti la chaleur affectueuse de son caractère et qui ont senti l'étreinte de sa main, de saisir cette occasion solennelle de consacrer sa mémoire. C'est un acte de reconnaissance ; ce sera en même temps un acte de justice ; car sans Lasègue, la question que nous débattons ici ne serait même point soulevée, et la discus-

©BIUM

sion à laquelle nous assistons n'aurait même pas lieu. Il a donné l'impulsion primitive ; il mérite d'être classé au rang des inventeurs ; il n'a point développé les idées d'autrui, il a formulé une pensée originale et personnelle. Et si je parle ainsi, ce n'est point un sentiment rétrospectif de reconnaissance et d'affection qui domine aujourd'hui ma pensée : les oreilles de Lasègue sont fermées pour toujours à la critique et aux éloges, et lorsque je viens rendre cet hommage solennel à sa mémoire, je crois accomplir un acte de justice et non pas un acte de vassalité.

C'est aux membres de cette Société qu'il a si souvent animée par sa présence, qu'il a si souvent remuée par son éloquence, qu'il a si longtemps honorée par ses travaux, c'est à vous, messieurs, qu'il appartient de consacrer par un juste tribut de respect les droits qu'il s'était depuis longtemps acquis à la reconnaissance de tous ceux qui ont suivi son enseignement, et de tous ceux qui, depuis ces trente dernières années, se consacrent à l'étude de la médecine mentale.

Internement de M. le baron R. Sellière (suite).

M. Paul Garnier. — Messieurs, vous avez entendu, lors de la dernière séance, M. Motet et M. Falret vous donner des renseignements très circonstanciés sur une affaire qui a passionné, bien à tort, l'opinion publique et à l'occasion de laquelle ils avaient été l'objet d'attaques que vous avez jugées comme il convenait ; j'ai eu, moi-même, à vous en dire quelques mots, à propos d'un rapport qui m'avait été demandé par M. le Préfet de police : je veux parler de l'internement de M. R. S. dans la maison de santé de Vanves.

Toutes les allégations aussi malveillantes qu'irraisonnées, auxquelles il a été fait allusion ici, pour en montrer le néant, semblaient avoir pris fin, devant l'évidence des faits, et aussi, sans doute, en l'absence d'éléments nouveaux susceptibles de les raviver, lorsque, tout à coup, la mise en liberté du pensionnaire de M. Falret est venue leur apporter un regain d'âpreté et de violence.

©BIUM

Aussi bien, a-t-il semblé à plusieurs qu'il était utile d'entretenir la Société des événements qui se sont produits depuis sa dernière réunion et de remettre, une fois de plus, les choses à leur vraie place.

L'élargissement de M. S... a prêté à des commentaires si divers et, pour la plupart, si fantaisistes, qu'il n'est pas inopportun de préciser dans quelles conditions il s'est effectué.

Vous n'avez peut-être pas oublié, Messieurs, que, dans les quelques détails où je vous exposais, après MM. Motet et Falret, les résultats de mon examen et ma manière de voir, de tous points conforme, du reste, à celle de mes distingués collègues, j'ai insisté, tout spécialement, sur un fait. Frappé des allures heurtées, inégales, de la marche vraiment paroxystique, et à forme d'*ictus*, de l'affection cérébrale présentée par M. S..., je vous disais qu'il était à supposer que tout pouvait changer de face, brusquement, qu'une amélioration, presque soudaine, était une hypothèse fort vraisemblable et que, pour ma part, j'avais tenu à émettre cette prévision motivée dans mon rapport du mois de juin, en faisant clairement entendre que cette transformation se manifesterait, peut-être, dans un laps de temps qui n'excèderait pas six semaines ou deux mois, par exemple. Selon moi, il était de première importance que cela fût dit et, autant que possible, avec l'indication d'une date, quelque approximatif et incertain qu'en fût le caractère.

L'événement a justifié le bien-fondé de cette supposition. Un amendement très rapide, presque subit, est intervenu dans l'état de M. S... ; mais si rapide qu'il ait été, il ne pouvait étonner les médecins qui ont attentivement examiné le malade, car je crois que nous avons été unanimes à déclarer qu'il s'agissait d'une crise délirante, et si nous étions inquiets au sujet de son intensité et des phénomènes graves qui l'ont signalée, nous devions admettre qu'elle pouvait se juger en très peu de temps, dans un sens ou dans l'autre ; c'est vers une rémission très prompte que la maladie a marché. Il faut en féliciter MM. Falret et Cotard dont les soins éclairés ont contribué à ce résultat.

C'est dans ces conditions, Messieurs, que j'ai été

©BIUM

invité par M. le Préfet de police qui, à la suite d'une lettre fort correcte que lui avait adressée M. S..., s'était rendu à Vanves et avait été frappé, dans un long entretien qu'il avait eu avec lui, des dehors raisonnables et de la lucidité de celui qu'il avait vu si insensé quelques semaines auparavant, c'est dans ces conditions, dis-je, que j'ai été invité à procéder à un nouvel examen et à me prononcer sur la question de savoir si, oui ou non, M. S.... se trouvait encore sous l'empire d'un désordre mental tel qu'il fût permis d'affirmer, comme je l'avais fait au mois de juin, que sa mise en liberté constituerait un danger pour la sûreté des personnes et l'ordre public.

On a donné du rapport que j'ai remis à M. le Préfet de police des extraits plus ou moins exacts. Après la publicité énorme qu'a eue cette affaire, après les détails exposés dans la précédente séance, il ne peut y avoir le moindre inconvénient à vous en soumettre les termes véritables. Je vous demande donc la permission de vous en donner lecture.

Monsieur le Préfet,

Conformément aux instructions que vous m'avez fait l'honneur de me transmettre, je me suis rendu, aujourd'hui même, à la maison de santé de M. le Dr Falret, à l'effet de procéder à un nouvel examen de l'état mental de M. R. S..., interné dans cet établissement, à la date du 19 mai 1887.

Depuis la dernière visite que j'ai été appelé à faire à M. S... un changement bien remarquable s'est produit dans sa manière d'être. Je n'ai plus retrouvé l'excité maniaque, le délirant dont j'avais noté les extravagances, les propos incohérents et les divagations ambitieuses dans un précédent rapport. Il s'est présenté avec des dehors raisonnables et c'est en termes posés et sur un ton tranquille qu'il m'explique que, se sentant guéri, il désire sa mise en liberte et espère qu'on pourra faire droit à sa demande.

M. R. S... a conscience de l'état morbide qu'il vient de traverser; il parle de l'affection cérébrale dont il a subi le choc. en homme qui a la perception des désordres qui en ont été la conséquence. Il ne fait aucune difficulté de reconnaître que, sous cette influence, il a perdu la notion exacte des choses, qu'il n'était plus maître de ses idées et de ses actes, qu'il a été le jouet d'illusions et d'hallucinations nombreuses; il accorde,

©BIUM

enfin, avec toutes les apparences de la sincérité, que les mesures prises à son égard, dans le but de le traiter et de le protéger contre des entraînements irrésistibles et dans un intérêt de sécurité sociale, étaient commandées par les circonstances, par la gravité de sa maladie mentale ; il est heureux, ajoute-t-il, d'avoir rencontré dans l'infortune qui l'a frappé, des médecins aussi bienveillants, aussi dévoués dont les soins éclairés et assidus lui ont été si utiles.

Fait-on allusion, pour donner à l'interrogatoire une portée plus décisive, à certaines interprétations délirantes auxquelles M. S... s'abandonnait, tout récemment encore, il sourit, confesse que la maladie a fait de lui, pendant ces dernières semaines, un être bien extravagant!... il demande que tout cela soit oublié, puisqu'il n'y pense plus lui-même...

Il s'agit donc bien là d'une modification profonde. Une amélioration considérable est, incontestablement, intervenue dans la situation intellectuelle de M. S..., après un intervalle relativement court. Si surprenante, au premier abord, que puisse apparaître, dans sa rapidité, cette heureuse transformation, elle n'est cependant, ni un fait insolite en pathologie mentale, ni, d'ailleurs, un fait inattendu dans le cas présent. Elle réalise, au contraire — il n'est pas inutile de le rappeler — une prévision que, pour ma part, j'avais cru devoir émettre, dans un rapport antérieur, où j'indiquais que l'accès d'aliénation dont M. S... était atteint pourrait bien s'atténuer promptement et ne pas se prolonger au delà d'un délai de six semaines à deux mois, par exemple.

Il est certain, toutefois, que des réserves très grandes sont à faire, quant à la valeur de la rémission qu'il m'est donné de constater dans le laps de temps signalé.

La disparition de l'excitation et du délire est, assurément, de date beaucoup trop récente pour qu'on puisse, en quoi que ce soit, répondre de l'avenir cérébral, même prochain, de M. S... On doit craindre que la maladie, après un temps d'arrêt plus ou moins long, ne se remontre, soit sous forme d'un accès similaire, soit pour évoluer d'une manière continue et progressive.

Mais la menace d'une rechute ne détruit pas le fait même de la rémission qui s'affirme par des signes suffisamment manifestes, bien que l'équilibre mental reste instable et fragile. J'ajoute qu'il serait désirable que M. S... fût tenu, autant que possible, pendant quelque temps encore, à l'abri de toutes les causes de fatigue et d'excitation cérébrale, que sa convalescence se poursuivît dans des conditions de repos, de calme, d'affectueuse surveillance et d'hygiène morale dont il a le plus grand besoin. S'il existe, de ce chef, des indications spéciales, il con-

©BIUM

vient de déclarer que là ne réside point l'obligation, pour l'autorité administrative, de prolonger un internement que l'intérêt de la sécurité publique n'impose plus.

En conséquence, et tout en formulant les plus expresses réserves au sujet de l'avenir, j'estime que M. S... peut être admis à fournir la preuve qu'il est à même de se diriger et d'exercer un contrôle suffisant sur ses actes, et qu'il y a lieu d'autoriser sa sortie.

A Paris, 19 juillet 1887.

Vous le voyez, Messieurs, je n'ai point prétendu, comme on me l'a fait dire, que M. S... était tout à fait guéri; j'ai parlé d'une rémission assez marquée pour tenter un essai, rien de plus. Vous n'ignorez pas que pour certains esprits prévenus ou décidés à présenter les faits sous le jour le plus fâcheux, la mise en liberté de M. S... prouvait qu'il a été interné sans motifs suffisants. En l'espèce, une pareille allégation équivaut à dire que toute sortie qui a lieu deux mois après le placement, fournit la démonstration de l'illégalité de l'internement. A ce compte, je le confesse, les séquestrations arbitraires ne pourraient guère plus se chiffrer. Parmi ceux qui ont parlé dans la presse des choses de notre profession, avec cette compétence qu'ils se reconnaissent volontiers, sans qu'elle soit, pour cela, moins discutable, il en est qui se sont écriés : « La guérison de la folie en deux mois ! qui pourra jamais y croire ! » J'en demande bien pardon à ces sceptiques, mais ces cas sont heureusement d'observation vulgaire et courante. Pour s'en convaincre, ils n'auraient qu'à demander à M. le Préfet de la Seine de leur permettre de feuilleter les registres mentionnant le mouvement de la population de nos asiles, les dates d'entrée et de sortie pour cause d'amélioration ou de guérison. Mais, pourquoi ne citerais-je pas, puisqu'il est d'hier, le fait suivant, qui est un exemple bien frappant d'une crise maniaque dénouée en bien moins de temps encore que l'accès de folie de M. S...?

Messieurs, dans quelques jours comparaîtra devant les assises de la Seine un homme qui a commis un meurtre! Vous me permettrez de taire, quant à présent, son nom, pour des raisons que vous comprendrez sans

©BIUM

peine. Après quelques jours de prévention, cet homme, dont l'état de sanité d'esprit, au moment de l'acte, n'a fait l'objet d'aucun doute, a été atteint, presque subitement, dans sa prison, d'un accès maniaque d'une grande intensité ; il fut conduit à l'infirmerie spéciale où il arriva avec tous les dehors de la manie aiguë : loquace, exubérant, halluciné, sans cesse en mouvement, il était aussi extravagant dans ses actes que dans ses paroles. Devant un état mental si net et si franc, il n'était point possible de s'arrêter à l'idée d'une simulation. D'après mes conclusions, le malade fut dirigé sur l'asile Sainte-Anne, où son excitation se maintint à ce niveau pendant quelques jours, pour décroître très rapidement et faire bientôt place à une guérison complète. L'accès n'avait guère duré plus d'un mois. A bref délai, l'accusé comparaîtra devant la justice et pourra rendre compte de sa conduite.

L'opinion que le public se fait de l'aliénation mentale ne répond et ne peut répondre, est-il besoin de le dire, à la réalité clinique. Sa conception de la folie est une et tend toujours vers l'absolu. Ne pouvant apercevoir les espèces et les nuances, il voit là une catastrophe qui ruine irrémédiablement une intelligence. Aussi, ne comprend-il pas, ou comprend-il mal, quand l'état mental d'un même individu est, à des intervalles plus ou moins éloignés et à des époques différentes de l'évolution morbide, l'objet de constatations et d'appréciations dissemblables, qui trouvent, cependant, une explication naturelle et scientifique dans l'écart des dates auxquelles cet individu a été observé ; la maladie a marché, s'est transformée, s'accentuant ou s'atténuant, modifiant ainsi le pronostic et les conclusions que l'on peut porter sur elle.

On ne saurait évidemment attendre du public dont je parle, qu'il se montre exactement renseigné sur des questions aussi spéciales; mais est-ce être trop exigeant que de lui demander plus de ménagements et plus de confiance aussi à l'égard de ceux qui consacrent leur vie à cette étude et ne prennent pour conseil, dans les opinions qu'ils ont à émettre, que de leur expérience et de leur conscience?

Le cas qui nous occupe est donc ordinaire et simple,

©BIUM

au point de vue clinique. Des intérêts divers, contradictoires, des interprétations passionnées et illogiques, ont pu seuls le compliquer, le revêtir des apparences les plus fâcheuses et le présenter comme un exemple des abus auxquels se prêterait la loi de 1838.

Alors que tous les médecins consultés sur l'état mental de M. S... ont été unanimes à déclarer que sa séquestration s'imposait comme une mesure indispensable, on a voulu leur prêter des opinions adverses. N'est-on pas allé jusqu'à opposer les conclusions de mon dernier rapport, à l'avis formulé, deux mois auparavant, par MM. Charcot, Decaisne et Motet ! Avec un peu plus de réflexion et de logique, c'est, il me semble, tout d'abord avec moi-même qu'on eût dû me montrer en contradiction, si contradiction il y a, car si le 19 courant, j'ai émis l'opinion qu'en présence de l'amélioration survenue dans la situation psychique de M. S..., il n'était plus permis d'affirmer qu'il dût être considéré comme dangereux et retenu, d'office, dans un asile d'aliénés, je n'en avais pas moins formulé des conclusions toutes différentes six semaines auparavant. Bien que M. le Ministre de l'Intérieur en ait donné lecture à la Chambre des députés, lors de l'interpellation de M. Gaillard (de Vaucluse), je tiens à les reproduire, car l'effet produit par la récente mise en liberté de M. S... semble les avoir, tant soit peu, fait oublier.

« M. S... est atteint d'excitation maniaque caractérisée par un désordre profond dans les actes et les « idées, des conceptions ambitieuses, multiples, mobiles, « absurdes, contradictoires, incohérentes.

« 2° Sous l'empire de cet état mental, il est incapable d'exercer un contrôle efficace sur ses actes et son « délire est de nature à le rendre dangereux pour lui-« même et pour la sûreté des personnes.

« 3° En conséquence, j'estime qu'il doit être maintenu dans un asile d'aliénés. »

Si, plus tard, je n'ai pas abouti aux mêmes déductions, est-ce donc que je me suis déjugé ? Vous le penserez d'autant moins, Messieurs, que mon premier rapport laissait entrevoir la possibilité d'une modification et dans la maladie et, tout naturellement, dans les mesures qu'elle avait nécessitées

©BIUM

C'est donc bien à tort qu'on a parlé de divergences. De même que j'ai partagé absolument l'opinion de MM. Charcot, Decaisne, Laborde et Motet, lors d'un examen qui a sensiblement coïncidé avec le leur, de même, je suis convaincu que mes distingués confrères m'auraient fait l'honneur d'être de mon opinion, s'ils avaient visité M. S... le 19 courant. A des situations différentes s'appliquent des conclusions différentes. Il n'y a donc point eu désaccord. Entre M. le Dr Falret se disposant, dans ces derniers jours, comme il me le disait lui-même, à laisser sortir son pensionnaire, pour le faire conduire à la campagne, dans un château appartenant à la famille, et, n'étant arrêté, momentanément, dans l'exécution de ce dessein, que par la crainte d'un certain entourage dont les journaux ont beaucoup parlé, entre cette manière d'apprécier la situation et l'opinion exprimée dans mon dernier rapport, je n'aperçois pas un bien sensible écart. Que notre savant collègue ait eu ces scrupules, lui, le médecin responsable vis-à-vis de la famille qui lui avait confié le malade, c'est ce que nous pouvons aisément comprendre. A coup sûr, il était en droit de craindre que M. S... ne fût pas encore bien à même de résister à des entreprises audacieuses qui voudraient s'exercer sur la débilité de son jugement et de sa volonté, de se garder contre des entraînements fâcheux et de nature à provoquer une prompte rechute.

En résumé, Messieurs, qu'y a-t-il en cette affaire? Un malade, reconnu tel par tous les médecins qui ont été appelés à se prononcer sur son état, malade qu'une excitation grosse de périls obligeait à placer et à retenir, momentanément, au moins, dans un asile spécial, mais qui a bénéficié d'un très rapide amendement, conformément à des prévisions très nettement formulées, dès le début de la crise maniaque, amélioration qui a permis de faire l'essai d'une mise en liberté, quelque grandes et légitimes qu'aient pu être les craintes d'une rechute. Dans ce fait, je cherche en vain un motif plausible à l'ardente campagne qu'une partie de la presse politique a entreprise contre de prétendus abus, contre d'imaginaires violations de la liberté individuelle, et qu'elle se promet de poursuivre plus ardemment encore, lors

©BIUM

de la discussion à la Chambre des députés, de la réforme de la loi de 1838. Si l'on a quelque souci d'apporter, contre la législation actuellement en vigueur, des arguments valables et précis, il ne faudra point songer, je tiens à le dire et c'est sur cette déclaration que je veux finir, à se servir, comme d'une arme sérieuse, du cas au sujet duquel je viens de vous présenter quelques explications qui n'étaient pas superflues, afin de montrer cette affaire sous son vrai jour.

M. FALRET, à son tour, donne quelques éclaircissements. Dans les huit derniers jours une amélioration subite s'étant manifestée, M. Falret pensait à autoriser une sortie provisoire dans des conditions de surveillance parfaite. D'accord avec la famille, on préparait une installation à la campagne : on eût placé auprès de M. le baron S... un médecin et des domestiques.

M. Falret avait lui-même informé M. le Préfet de police, et de l'amélioration survenue et des mesures qu'il se proposait de prendre. M. le Préfet de police voulait la sortie immédiate.

Quand M. Garnier a examiné M. Seillière, il l'a trouvé sans délire. Mais M. Falret a constaté avant et après la visite de M. Garnier des conceptions nettement délirantes que M. Cotard et les employés de la maison ont également vues : « il a des millions plus que Rothschild, il est poisson, il a la double respiration des amphibies, son urine est celle d'un demi-dieu, et peut guérir des malades. » La veille de la sortie il a affirmé que rien que par la puissance de sa volonté il internerait dans la maison de santé pour six mois MM. Charcot et Motet. Mais il n'a pas émis ces idées ni devant M. Garnier, ni devant M. Gragnon.

M. Falret voit dans ces faits l'explication suffisante de son refus d'endosser la responsabilité de la sortie d'un malade, qui pour lui, présente seulement une rémission.

M. MOTET exprime le regret que M. J. Falret dont le dévouement au malade a été absolu jusqu'au dernier jour, au milieu de difficultés sans nombre, n'ait pas été laissé seul juge de l'opportunité de la sortie.

Il rappelle un détail que M. Falret n'a pas signalé dans sa communication, c'est qu'à la visite faite par

©BIUM

M. le professeur Brouardel et par lui, le 28 juin, l'état du malade était tellement grave qu'on pouvait craindre que la mort arrivât rapidement. La peau était chaude, le pouls fréquent, la langue sèche, avec une salive visqueuse s'attachant en mousse blanche aux lèvres du malade, dont le délire à ce moment était des plus étendus. Il a eu pendant plusieurs jours les inquiétudes les plus vives, et ce n'a été qu'à force de soins qu'on a pu ariver à soutenir le malade qui s'épuisait dans une agitation incessante.

M. Motet sait très bien que l'art. 16 de la loi du 30 juin 1838, donne aux préfets le droit de faire sortir d'un asile un malade, guéri ou non. Mais le nouveau projet de loi, adopté par le Sénat, et soumis à la Chambre des députés, a un article 24, qui restreint dans une assez étroite mesure l'exercice de ce droit. Les préfets ne pourront en user qu'après avoir pris l'avis du médecin traitant et du médecin inspecteur. La famille pourra faire devant les tribunaux opposition à la sortie.

M. Magnan. — Mais cela arrive très souvent dans les asiles que les préfets fassent sortir des malades de leur propre autorité.

M. Motet. — Je le répète, je sais très bien que c'est là le droit absolu des préfets; mais encore une fois, dans l'espèce, je regrette que l'avis de M. Falret, qui avait été le premier à signaler l'amélioration survenue, n'ait pas eu plus d'influence.

La séance est levée à six heures

Paul Garnier.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine. Séance du 12 juillet 1887.

Un accouchement dans l'état de somnambulisme provoqué. Déductions médico-légales.

M. Mesnet. — La communication que j'ai l'honneur de vous faire, sur l'invitation de quelques-uns de mes collègues, est relative aux diverses phases d'un accouchement pratiqué dans l'état de somnambulisme provoqué, chez une primipare.

— *Quelle est l'influence du sommeil hynoptique sur les douleurs de la parturition ?*

— *Quels sont ses effets sur les contractions utérines ?*

Telles sont les deux questions que je me suis proposé d'étudier chez une jeune malade de mon service, qui, les années précédentes, m'avait, à l'hôpital Saint-Antoine, présenté les phénomènes les plus intéressants de l'hypnose, et qui, rentrée dans mes salles à l'Hôtel-Dieu, à l'occasion de vomissements incoercibles liés au début d'une grossesse, y accoucha le premier du mois d'avril dernier.

Nous avons été conduit à ces recherches par l'extrême facilité avec laquelle cette jeune malade acceptait les suggestions, par l'expérience tant de fois répétée sur elle, que nous pouvions, grâce à cette influence, éveiller ou éteindre les sensibilités sur telles ou telles parties de son corps, supprimer des douleurs musculaires, névralgiques, ovariennes, dont elle avait eu souvent à souffrir avant et pendant sa grossesse.

Ces données antérieures bien établies, nous avions déjà la probabilité de l'allègement, sinon de la suppression complète des douleurs de l'accouchement ; probabilité d'autant plus fondée que les conditions dans lesquelles nous nous proposions d'opérer avaient la plus grande analogie avec celles qu'avait mises en pratique J. Cloquet, en 1829, dans une amputation du sein qu'il fit à l'insu d'une de ses malades, et celles qu'employèrent Follin, Broca, Verneuil, il y a vingt-cinq ans, dans quelques opérations

©BIUM

qu'ils pratiquèrent sur des hypnotiques, d'après les conseils de notre collègue, leur ami, le professeur Azam, de Bordeaux.

Nous avions encore, d'autre part, à nous préoccuper des contractions utérines; à savoir : si l'action perturbatrice de l'hypnose n'entraverait pas la contractilité de l'organe, pendant le travail ?

Deux observations publiées dernièrement :

— L'une, du Dr Pritzl, assistant de Karl Braun, à Vienne, chez une femme accouchée par lui dans l'état léthargique, le 7 novembre 1885;

— L'autre de Dumontpallier, mon collègue, à l'Hôtel-Dieu, communiquée à la société de Biologie, en séance du 26 février 1887;

Ces deux observations complètes et rigoureuses nous enlevaient toute inquiétude à cet égard (1).

Telles étaient les conditions acquises au moment où se présenta l'accouchement d'Alice D..., qui fut assistée, pendant toute la durée du travail, par M. Lion, mon interne.

Alice D..., domestique, âgée de vingt-deux ans, est née d'une famille dans laquelle on trouve, tant du côté du père que du côté de la mère, de nombreux cas de névropathie.

Elle a trois sœurs et un frère, tous nerveux, émotifs; deux des sœurs ont souvent des suffocations, des évanouissements, des accidents nerveux plus ou moins dans la voie de l'hystérie.

Elle-même, dès sa première jeunesse, a présenté des convulsions qui, à l'époque où les règles s'établirent, avaient tous les caractères des attaques hystériques. A onze ans, elle resta contracturée à la suite d'une de ses attaques, et fut conduite à la Salpêtrière où on put l'hypnotiser et la guérir.

De onze à quatorze ans, les contractions se renouvelèrent fréquemment à la suite de ses attaques, et l'obligèrent un assez grand nombre de fois à recourir aux soins des médecins de la Salpêtrière.

A dix-huit ans, elle se gage comme domestique; mais elle ne peut conserver sa place. Ses attaques la prennent à tous moments; un jour elle tombe dans la rue avec l'enfant qu'elle avait dans les bras.

En 1884, à l'âge de dix-neuf ans, elle entre à l'hôpital Saint-Antoine pour une douleur extrêmement vive du côté droit de

(1) Autre accouchement hypnotique du 17 avril 1887, par MM. Auvard et Varnier. (*Annales de gynécologie et d'obstétrique*, mai 1887).

©BIUM

l'abdomen, avec pertes abondantes. Admise en chirurgie, elle se refuse à tout examen direct, et, devant l'insistance du chirurgien, elle est prise d'une violente attaque d'hystérie.

C'est alors qu'elle passa dans mon service, où j'observai chez elle les phénomènes les plus variés du nervosisme sous toutes les formes, et les manifestations les plus convaincantes du dédoublement de la mémoire dans la série des phénomènes hypnotiques... Tel que : l'examen le plus complet des organes génitaux fait par le toucher et par le spéculum dans l'état d'hypnose, sans que la malade en ait jamais eu connaissance à l'état de veille.

Sortie de mon service en avril 1885, Alice est restée dans des conditions de santé générale satisfaisantes, bien qu'elle ait toujours eu de fréquentes attaques de nerfs, mais sans complications.

— Devenue enceinte au mois d'août 1886, elle fut prise, dans les premiers mois de sa grossesse, de vomissements incoercibles qui me la ramenèrent dans mon nouveau service à l'Hôtel-Dieu, où je la conservai jusqu'à son accouchement.

— *Quels étaient les troubles nerveux que présentait Alice dans les derniers mois de sa grossesse ?*

Dans quelle mesure était-elle, au moment de son accouchement, accessible aux influences hypnotiques ?

Depuis trois ans que je connais cette malade, elle avait une hémianesthésie totale, complète, invariable de tout le côté gauche du corps; anesthésie sensitivo-sensorielle limitée exactement à la ligne médiane. Les sensibilités à la douleur, au chaud, au froid, à la pression, abolies; l'odorat, l'ouïe, complètement perdus; la vue trouble du côté gauche; mais le tact conservé, au point qu'elle reconnaissait, les yeux fermés, tous les objets qu'on lui mettait entre les doigts.

L'hémianesthésie gauche ne s'accompagnait, chez elle, d'aucun trouble de locomotion, ni d'affaiblissement musculaire de ce côté.

Un seul point hyperesthésique existe vers le flanc droit, exclusivement limité à la région ovarienne.

L'ensemble des conditions générales de la santé de cette jeune femme semblerait excellent, si, ne voyant que les apparences, on ne tenait compte des troubles fonctionnels du système nerveux que nous venons d'indiquer, et dont la permanence constitue la base pathologique des phénomènes cérébraux

©BIUM

éventuels et mobiles dont j'ai maintenant à vous entretenir... je veux parler du sommeil hypnotique.

Le sommeil s'obtient chez elle avec une extrême facilité et presque instantanément, par l'occlusion des paupières, par la fixation du regard sur un objet quelconque, par un bruit subit, par la projection d'un rayon lumineux, par le simple commandement : *Dormez !* en un mot, par tous les procédés mis en usage à cet effet, voire même par la seule pensée qu'on veut l'endormir, ou par l'idée qu'en faisant telle ou telle chose elle s'endormira...

En quelques secondes, Alice est en état de somnambulisme : les paupières closes, les globes oculaires convulsés en bas, les membres inertes en repos sur son lit, ou relevés et fixes dans l'état cataleptoïde si bien décrit par Lasègue ; elle semble complètement détachée du monde extérieur, elle reste inerte et immobile tant qu'une interpellation directe ne vient pas réveiller ses activités psycho-sensorielles engourdies.

Dès qu'on lui adresse la parole, ses traits s'animent, elle devient attentive, elle répond aux questions qu'on lui adresse, elle prend part à la conversation avec une telle liberté d'esprit, avec une si grande facilité de langage, qu'elle semblerait jouir de l'intégrité de ses facultés intellectuelles, à qui la jugerait sur cette première impression.

Mais poursuivez l'examen, mettez en jeu ses autres facultés, vous verrez combien son impressionnabilité, sa sensibilité morale est mobile et désemparée ; ... vous la ferez rire ou pleurer à volonté ; ... vous lui créerez toute sorte d'hallucinations, d'illusions qu'elle prendra pour des réalités ;... elle vous exprimera résolument une volonté de résistance à tels ou tels ordres que vous lui donnerez ; mais insistez avec énergie, elle cédera, tout en protestant contre votre autorité.

— Pourquoi avez-vous cédé, puisque vous ne vouliez pas ?

— Parce que, monsieur, vous me l'aviez commandé, et que je n'ai pu résister !

J'aurais à vous citer de nombreux exemples, et des plus variés, dans lesquels sa volonté débile a toujours été impuissante dans la lutte ; mais je passe à d'autres phénomènes de l'ordre physique, somatiques, qui existent simultanément chez cette malade, *et qui complètent le cadre pathologique que je tiens, par-dessus tout, à établir.*

L'hyperexcitabilité névro-musculaire existe au degré le plus élevé :

©BIUM

— La pression exercée sur le facial, produit la contracture de la moitié de la face;

— Il en est de même de la pression du sternomastoïdien dont la contracture porte la face du côté opposé ;

—Le moindre souffle, le plus léger contact sur les extenseurs, puis sur les fléchisseurs des bras, comme des jambes, amène successivement l'extension, puis la flexion des doigts, des orteils ;

— La compression du cubital détermine la griffe.

J'ajouterai : que l'entraînement des bras ou des mains dans un mouvement de rotation, ou de la tête dans ce même mouvement, persiste aussi longtemps qu'on veut le faire durer ;

Que la pression des lèvres supprime instantanément la parole, et produit l'occlusion spasmodique des lèvres.

Tel était, tel est encore l'ensemble des faits pathologiques que présentait cette malade dans les derniers mois de sa grossesse, et qui ont persisté après son accouchement.

J'indique, sans y insister, les phases cataleptiques, léthargiques, convulsives, spasmodiques qui surviennent incidemment dans son sommeil somnambulique, et qui suspendent momentanément toute communication de la malade avec le dehors ; l'état somnambulique étant le seul qui nous importe de bien déterminer, puisque nous l'avons choisi pour pratiquer l'accouchement.

Nous trouvions, en effet, dans la conservation des facultés intellectuelles, dans la facilité de fixer l'attention de la malade, dans l'autorité que notre parole avait sur elle, les conditions les meilleures pour l'étude que nous voulions faire du travail dans ses diverses périodes.

Depuis longtemps déjà nous la préparions à l'idée qu'elle ne souffrirait pas, nous lui affirmions que nous pourrions abolir la douleur, en l'endormant quand l'heure serait venue, et nous gagnions ainsi chaque jour de plus en plus sa confiance, au point qu'elle arrivait à terme, sans plus avoir le moindre souci de l'opération qu'elle allait accomplir.

Voici, du reste, la narration fidèle de son accouchement, annoté chaque heure, par M. Lion, mon interne, assisté de plusieurs de ses collègues, à l'Hôtel-Dieu.

Elle accoucha le 1er avril 1887, à cinq heures du matin.

Les premières douleurs s'étaient déclarées dans la soirée du 30 mars; elles se continuèrent toute la nuit assez légères, brèves, espacées, suffisantes toutefois pour troubler le sommeil.

©BIUM

Le 31 mars, à la visite du matin elles étaient un peu plus vives, plus rapprochées, moins fugaces ; la malade était levée, néanmoins, elle s'occupait dans la salle.

Dans l'après-midi plus de douleurs, la malade était calme, et dormait paisiblement à neuf heures ; le toucher pratiqué dans la journée avait permis de constater que le col n'était point effacé, qu'il était entr'ouvert, laissait passer facilement l'extrémité du doigt, et que la tête était dans la position O. I. G. A.

A minuit, l'infirmière vint chercher M. Lion en lui disant que la malade avait, depuis une heure, de très violentes douleurs, qu'elle demandait en grâce qu'on vînt la soulager.

Après avoir constaté que le col avait une dilatation égale au diamètre d'une pièce de 2 francs, que les contractions étaient énergiques, les douleurs violentes et mal supportées, M. Lion endormit la malade en lui fermant les paupières. En quelques secondes elle était en somnambulisme, les paupières closes, les globes oculaires convulsés en bas, les membres dans l'état cataleptoïde conservant les positions qu'on leur donnait ; l'hyperexcitabilité névro-musculaire en plein exercice.

La malade avait néanmoins toute sa lucidité d'esprit, et continuait à sentir comme avant, car elle s'agitait dans son lit, et criait avec force à chaque nouvelle douleur.

M. Lion l'interpelle et lui dit :

— Vous souffrez beaucoup ! Je vais vous calmer.

Et, tout en exerçant de légères frictions sur son ventre, il ajoute :

— Vos douleurs sont moins vives ;

— Elles diminuent de plus en plus ;

— Elles ont complètement disparu ;

— Vous n'éprouverez plus jusqu'à la fin de votre accouchement qu'une sensation de pression, très supportable, nullement douloureuse, et vous aiderez aux contractions en poussant vous-même de toutes vos forces.

— Vous avez bien compris tout ce que je viens de vous dire et il en sera ainsi !

Telle était la suggestion à laquelle nous avions préparé la malade depuis longtemps, et sur laquelle nous comptions pour conduire à bien son accouchement.

Aussitôt, elle cessa de crier en affirmant qu'elle ne souffrait plus, qu'elle n'éprouvait qu'un resserrement intérieur nullement douloureux. Son visage était calme, elle répondait fort trau-

©BIUM

quillement à chacune de nos questions, s'interrompant à peine quand survenait une douleur, et se plaignant amèrement de l'infirmière qui l'avait laissé souffrir si longtemps, avant d'aller chercher l'interne.

Elle s'excitait dans la voie des reproches ; M. Lion l'exhorta à se calmer, à ne pas s'énerver, à éviter les convulsions, en lui répétant qu'elle ne souffrira plus, qu'elle peut dormir... Elle reste étendue sur son lit, la tête reposant sur son oreiller, dans une immobilité complète qu'elle n'interrompt que pour pousser au moment des douleurs.

A une heure du matin, les contractions sont de plus en plus énergiques, prolongées, reviennent toutes les deux ou trois minutes, le col a le diamètre d'une pièce de cinq francs ; une vive douleur éclate brusquement dans le côté droit du ventre en dehors du temps des contractions, et disparaît par une légère friction avec affirmation donnée à la malade qu'elle ne souffre plus.

A deux heures, l'ouverture du col est de 7 à 8 centimètres ; les membranes sont tendues, et bombent à travers l'orifice utérin.

La malade se dit fatiguée, veut changer de position ; elle se lève, met son jupon, ses pantoufles ; saisit la barre de son lit, comme point d'appui, à chaque douleur qui lui survient, et pousse avec force, en nous affirmant qu'elle n'a qu'une inquiétude, c'est qu'on la réveille ; aussi répète-t-elle à chaque instant : Laissez-moi dormir ! ne me réveillez pas ! je suis bien ainsi !

De 2 à 3 heures, les douleurs sont régulières, efficaces ; le travail marche régulièrement, la dilatation du col est complète, la poche des eaux se rompt à 3 *heures*.

A ce moment, le toucher devient douloureux.

A 3 heures 1/2, la tête s'engage ; la douleur du côté reparaît, elle s'étend bientôt à la région lombaire, à l'abdomen tout entier ; les frictions, les suggestions restent sans résultat.

A ce moment, l'expression de la malade se modifie, le calme qu'elle avait eu jusqu'alors disparaît ; son attention ne peut plus être fixée ; elle s'anime, s'excite à chaque douleur nouvelle, en laissant échapper de longs gémissements, en se tordant sur elle-même, criant qu'elle n'en peut plus, qu'elle est à bout de forces, qu'elle souffre trop, qu'il faut l'accoucher avec les fers !

Elle nous a *paru*, à partir de ce moment, souffrir autant que toute autre parturiente à l'état de veille, si nous mesurons

©BIUM

l'intensité de la douleur aux manifestations extérieures qui semblent l'exprimer.

Et cependant — fait important à noter — la malade n'est pas sortie un moment de l'état somnambulique dans lequel nous l'avions placée ; les douleurs ont été impuissantes à la réveiller ; les paupières n'ont pas cessé d'être closes, les yeux convulsés en bas, les catalepsies partielles, toujours faciles à réaliser, de même que les phénomènes d'excitabilité neuro-musculaire. Aucune convulsion ne s'est montrée, aucune menace de transformation de l'état somnambulique en l'état léthargique n'est apparue.

A 4 heures la tête était à la vulve.

A 5 heures moins un quart l'accouchement se terminait.

Immédiatement après l'accouchement, la malade étant toujours dans l'état de somnambulisme, demande quel est le sexe de son enfant, et exprime un grand mécontentement en apprenant que ce n'était point une fille comme elle le désirait.

Quelques tranchées surviennent sur ces entrefaites, à peine senties par la malade qui de nouveau était devenue suggestionnable ; et la délivrance se fait d'elle-même un quart d'heure après.

Une fois le lit changé, la toilette de la mère et de l'enfant terminée, la malade est réveillée en lui soufflant sur les yeux.

Elle se frotte les paupières, les ouvre, s'étonne qu'il fasse déjà jour, paraît surprise qu'on soit près d'elle à une heure si matinale, et demande si elle a dormi longtemps.

Puis, portant la main sur son ventre, elle s'écrie : *Tiens! qu'est devenu mon ventre? — Ce n'est pas possible?* Elle ne sait rien de ce qui s'est passé dans la nuit... elle ne se souvient de rien!! Apprenant qu'elle est accouchée, elle demande si son enfant est une fille? Elle ignore absolument le sexe qu'elle savait une minute auparavant dans le sommeil hypnotique ; et quand on lui dit qu'elle a mis au monde un garçon, elle éprouve le même désespoir qu'elle avait montré, étant endormie.

Quel exemple plus convaincant peut-on trouver de la scission de la mémoire dans les deux états de veille et de sommeil!!

La contre-épreuve faite à 9 heures du matin, au moment de la visite, nous apporte encore un nouveau témoignage ; nous trouvons la malade éveillée, dans l'ignorance la plus complète de ce qui s'est passé de minuit à 5 heures ; nous l'endormons, et

©BIUM

elle nous raconte, avec preuves à l'appui, tous les détails de son accouchement.

Il ne viendra à l'esprit de personne que l'influence analgésique de l'hypnose puisse jamais devenir un procédé utilisable dans la pratique de l'accouchement en général ; tout au plus, pourra-t-elle être applicable à quelques cas isolés, individuels.

C'est qu'en effet, l'hypnotique, tel que nous le comprenons, tel que je viens de vous le montrer, est un être, *sui generis*, dont les fonctions nerveuses, profondément déséquillibrées, s'accompagnent de perversions plus ou moins étendues, dans l'ensemble des appareils de l'innervation cérébro-spinale.

L'hypnotique *est un malade,* au même titre que l'hystérique, que l'épileptique ; c'est un *malade*, chez lequel le médecin aura toujours à rechercher les troubles dynamiques, fonctionnels, ou organiques qui caractérisent *son état pathologique ;* tel est le but que je me suis proposé en vous présentant *ma malade,* avant de vous entretenir *de son accouchement.*

Permettez-moi, en terminant, d'appeler tout particulièrement votre attention, sur les trois points essentiels de cette communication :

1° Une jeune femme de 22 ans, très hypnotisable depuis sa première jeunesse, accouche pour la première fois.

Abandonnée à elle-même pendant la première période de la dilatation du col, elle supporte très impatiemment ses premières douleurs, avec les exagérations propres à sa constitution nerveuse.

Mise en état de somnambulisme, et suggestionnée, elle cesse immédiatement de souffrir, et arrive jusqu'à la dernière heure de son accouchement, à la dilatation complète du col, sans un cri, sans un gémissement, sans cesser un instant d'être en rapport avec nous, nous disant : *qu'elle sent venir les contractions, mais qu'elle ne souffre pas... qu'elle se trouve bien dans cet état !*

A partir de la dernière heure, pendant la période d'expulsion, nous n'avons plus eu d'action sur elle, et dès lors les souffrances *ont paru*, d'après son attitude, ses cris, ses gestes, ses impatiences, aussi violentes que chez une parturiente à l'état de veille, bien que le sommeil n'ait point été interrompu, et que *les douleurs apparentes*, qu'elle manifestait, ne l'aient point éveillée.

L'effet analgésique de l'hypnose complet et absolu, dans la longue période de dilatation du col, aurait-il donc été insuffisant, peut-être nul, pendant le travail de la dilatation

©BIUM

périnéale? Et cependant, la malade réveillée, en pleine possession d'elle-même, nous affirmerait n'avoir souffert à aucun moment.

2° La contractilité de l'utérus n'a point été troublée; le travail, commencé à onze heures du soir et terminé à cinq heures un quart du matin, chez une primipare, a marché régulièrement; il a duré 6 heures, sans arrêt, avec des contractions régulières, efficaces, et progressivement croissantes jusqu'au moment de l'expulsion.

La délivrance a été facile.

Le retrait de l'utérus rapide, sans hémorrhagie.

3° Tout était terminé depuis une demi-heure quand nous réveillâmes la malade; *ce fut l'affaissement de son ventre qui lui donna le premier éveil de son accouchement.*

Bien qu'elle eût *paru* ressentir vivement les dernières douleurs de la période d'expulsion, *aucun souvenir* de cette dernière phase n'existait à son *réveil.*

Nous avions donc sous les yeux une nouvelle et très remarquable preuve de la scission de la mémoire, tant de fois constatée chez elle, dans la comparaison de ses deux états de veille et de sommeil, de même que de sa réviviscence, puisque l'endormant de nouveau, elle nous racontait toutes les péripéties de son accouhement, nous disant qu'elle avait cessé de souffrir dès qu'on l'avait endormie, mais que pendant la dernière heure elle avait beaucoup souffert.

En dernière analyse, nous dirons que l'accouchement s'était fait complètement à son insu, puisque, réveillée, elle n'en avait aucune notion, aucune connaissance!

Ces considérations psychologiques nous donnent un témoignage nouveau et irrécusable de l'invariabilité des troubles de la mémoire dans la série des phénomènes hypnotiques, et nous conduisent à cette déduction logique, fort importante en médecine légale, que ce dédoublement de la mémoire pourrait devenir, dans telles circonstances particulières, l'occasion facile de SUBSTITUTIONS D'ENFANT au moment de l'accouchement, tel que : la substitution d'un enfant vivant à un enfant mort *et vice versâ;* la substitution d'un garçon à une fille, et réciproquement, etc..

©BIUM

Académie royale de médecine de Belgique. — Séance du 30 juillet 1887.

De l'assistance des épileptiques (suite).

M. Semal intitule sa communication : « De l'assistance des épileptiques, basée sur l'étiologie et les symptômes de l'affection ou sur l'aptitude sociale des malades. » Il croit que, pour traiter avec fruit cette importante question, il est inutile d'attendre l'enquête proposée, d'autant plus que les statistiques qu'elle fournira, donneront prise à de nombreuses critiques. En effet, « l'épilepsie est-elle donc si facile à reconnaître; se présente-t-elle toujours sous le même aspect; est-elle si conséquente avec elle-même dans toutes ses manifestations qu'elle suffise au premier venu, aidé même de la notoriété publique, pour attacher à un convulsif quelconque l'étiquette d'épileptique? Je dis convulsif, parce qu'il est évident que c'est le spasme moteur qui servira de criterium aux agents recenseurs, dès lors, nous qui savons que toute convulsion ne relève pas de l'épilepsie, nous sommes bien forcés de craindre, de ce côté, de nombreuses erreurs. Mais s'il est indéniable que tout convulsif n'est pas pour cela un épileptique, il est non moins démontré qu'on peut être imprégné du mal comitial et rester indemne de crises convulsives. Les recherches modernes sont sur ce point absolument d'accord. De quel secours vous sera donc une statistique entachée d'un vice doublement radical qui, d'un côté, fera rentrer abusivement dans son cadre certaines individualités qui n'auront avec l'objet de ces recherches qu'une parenté éloignée ou douteuse, et qui plus loin passera indifférente près de situations méritant de fixer hautement et pour ainsi dire spécialement son attention. Peu concluante dans les conditions où elle a été instituée, la statistique eût-elle fourni une base solide pour vos discussions si, étant irréprochable, elle donnait exactement le nombre d'épileptiques du royaume? Nullement, car il y a des éléments plus sérieux qui priment dans l'examen de la question : qu'importe, en effet, le nombre plus ou moins grand de ces malades, si l'on ignore combien d'entre eux réclament une assistance, et si l'on sait, par contre, à l'avance que le droit au secours s'acquiert à des titres divers ayant pour conséquence des moyens de protection et de traitement absolument différents. En face de vous se dressera toujours cette question primordiale : pour-

©BIUM

quoi les épileptiques doivent-ils être l'objet de mesures spéciales ? et non corollaire, non moins intéressant : de quelle nature seront les mesures à prendre ? Tel est le véritable aspect, telle est la position correcte du problème qui vous est soumis, problème bien moins embarrassant qu'il ne le paraît, puisqu'il s'est, par le temps, constitué une routine et une jurisprudence qui tracent une sorte d'ébauche de la solution cherchée. »

Après avoir indiqué qu'aujourd'hui les épileptiques se trouvent, ou dans leurs familles, ou dans les hôpitaux ordinaires, ou dans quelques hospices d'incurables, dans les asiles d'aliénés, dans les colonies de Gheel et de Lierneux, dans les dépôts de mendicité ou même dans les prisons, M. Semal aborde le côté clinique de la question.

L'épilepsie n'est plus considérée comme une entité pathologique distincte, mais comme l'expression symptomatique d'un état général ou local. « Au point de vue des symptômes qui les trahissent, toutes les épilepsies se ressemblent; mais l'étiologie bien reconnue de certaines épilepsies réflexes, organiques ou toxiques, tout en ruinant aussi l'hypothèse d'une entité morbide spéciale puisqu'elles s'affirment extérieurement par les mêmes symptômes, démontre que ressemblantes dans leur expression extérieure, les épilepsies, au point de vue de la cause prochaine qui les détermine, peuvent cependant différer absolument. » Grâce à l'observation clinique venant corroborer les données de la pathologie expérimentale, on a pu chez un grand nombre de malades dégager l'évolution pathogénique des manifestations épileptiques. On connaît le rôle des lésions de l'axe spinal, du cervelet, du cerveau, ou même des extrémités nerveuses; on a constaté l'action causale de la syphilis, de l'alcoolisme, de l'anémie, du tænia chez l'adulte, des ascarides ou des oxyures chez l'enfant, et l'étude du traumatisme crânien dans ses rapports avec l'épilepsie a été plus fructueuse encore. Cela étant, il est impossible de considérer comme sérieux les résultats de l'enquête sur le nombre des épileptiques existant en Belgique. « Bornée aux seuls épileptiques admis dans les asiles et colonies d'aliénés, l'énquête eût pu rendre de grands services, à condition de ne pas se contenter d'un simple chiffre, d'exiger des éclaircissements qui eussent mis en lumière les relations existant entre les manifestations épileptiques et les divers troubles psychiques, et les raisons plus ou moins conscientes qui avaient déterminé le recours à l'asile d'aliénés. » Mais dans ce cas, objectera-t-on,

©BIUM

le chiffre suffirait, puisque dans les asiles ne doivent exister que des épileptiques aliénés.

M. Semal qui veut que les asiles d'aliénés soient des hôpitaux de traitement, est d'avis que cette ressource ne soit pas enlevée aux malheureux épileptique sous prétexte que leurs facultés intellectuelles et morales ne sont pas aussi *profondément* lésées que le suppose ce terme *aliéné*. Le caractère psychique habituel de ces malades, aussi bien que les perturbations mentales et les impulsions violentes auxquelles il peuvent être momentanément en proie, expliquent suffisamment leur placement dans les asiles; et il est donc inutile de justifier la facilité avec laquelle les aliénistes accueillent les épileptiques. En France, par exemple, on ne cache point cette tendance, et le projet de loi adopté par le Sénat français lui donne raison en rejetant la création d'asiles spéciaux pour épileptiques et en spécifiant pour ceux-ci le droit d'admission dans les asiles d'aliénés. Pourquoi donc, dans notre pays, s'évertuer à créer pour eux un asile spécial, une organisation spéciale, une loi spéciale, alors que toutes les conditions désirables trouvent satisfaction dans nos asiles et colonies d'aliénés? d'autant plus que l'on ne parviendrait pas à édifier un asile spécial pour épileptiques, sans en faire une copie absolue et servile de nos asiles d'aliénés.

En effet, les moyens proposés pour l'assistance de ces malades peuvent se ramener à quatre chefs principaux :

1° La création d'asiles spéciaux ou de colonies;

2° Le système mixte où l'asile et la colonie sont réunis;

3° L'adjonction d'annexes aux asiles d'aliénés existants;

4° Enfin, la création d'instituts destinés exclusivement au traitement des épileptiques, sans préjudice, pour ces diverses propositions, de l'admission dans les hôpitaux ordinaires, absolument imposée par le progrès de la thérapeutique médicale et chirurgicale.

M. Semal examine ces différents moyens; il montre que les épileptiques, pouvant devenir aliénés, il serait indispensable de créer deux asiles; que ces deux asiles devraient se trouver à proximité l'un de l'autre; et que, le délire de ces malades n'étant souvent que momentané, il se produirait un constant chassé-croisé entre les deux établissements. En outre, « du moment qu'un asile spécial sera érigé pour les épileptiques, il faudra codifier un ensemble de mesures administratives ou légales applicables non seulement à ceux qui présenteraient un danger certain, mais à tous indistinctement, ne fût-ce que pour éviter

©BIUM

des rentrées et des sorties réitérées et capricieuses, résultant du caractère mobile, irréfléchi, impulsif, de ce genre de malades, qui jetteraient une perturbation profonde dans l'administration et ruineraient le régime économique de l'institution. Or, la codification de ces mesures spéciales devrait être calquée sur la loi qui règle la collocation des aliénés. »

Quant aux colonies pour épileptiques, semblables à celles dont le Dr Rieger nous a fait connaître l'existence en Allemagne (1), leur création en Belgique ferait double emploi avec les colonies d'aliénés qui y existent déjà.

Mais il s'agit, surtout dans l'idée de M. Hambursin, d'un vœu à émettre pour la création par le gouvernement d'un institut spécial de traitement pour épileptiques. « Mais ai-je encore besoin d'insister sur la réfutation de semblable projet? Quels épileptiques? Ceux qui ont pour antécédent causal de leur mal la syphilis, le tænia, les oxyures, l'alcoolisme, etc.? Mais pourquoi n'entreraient-ils pas dans un hôpital ordinaire? Sont-ce ceux devenus épileptiques à la suite de coups, de chute sur le crâne, ou de lésion des expansions périphériques des nerfs? Mais placez-les dans un service chirurgical ordinaire, puisque la thérapeutique est nettement du domaine de la chirurgie? Ou bien n'admettrez-vous dans l'institut spécial que des épileptiques du genre de ceux décrits par Lasègne? Qu'en ferez-vous? La lésion est chez eux ou inconnue ou inaccessible à nos moyens d'action; ils sont incurables; ouvrez-leur tout bonnement vos hospices, ou laissez-les dans leurs familles. Jusqu'ici rien d'embarrassant; mais où je vous attends, c'est devant ces malades impulsifs et délirants dont j'ai suffisamment parlé plus haut. Quel traitement instituerez-vous pour eux qui ne soit la reproduction de l'action thérapeutique appliquée dans les asiles d'aliénés, et dès lors pourquoi chercher ailleurs?»

Autre objection. « Pour préconiser l'érection d'un *institut spécial de traitement*, il faut, pour le moins, qu'on ait en vue un traitement déterminé. Or, est-il admissible qu'une Académie de médecine reste muette sur les conditions thérapeutiques qu'il conviendra d'instituer dans un établissement dont elle réclamerait la fondation? Ce n'est pas lui faire injure que

(1) Des établissements spéciaux pour les épileptiques, par le Dr Rieger. Traduit de l'allemand, par le Dr A. Adam. In *Ann. médico-psychol.*, 1886, t. IV, p. 402.

©BIUM

de prédire le silence prudent qu'elle garderait à cet égard. Mais le gouvernement, à qui s'adressera la requête, sera en droit d'exiger un langage plus explicite, et, s'étonnant du privilège accordé aux épileptiques, voudra qu'on précise la haute raison, l'intérêt public et majeur qui l'engageraient à rompre avec ses habitudes et ses obligations ordinaires, pour exonérer les administrations ayant, en fait d'assistance, une charge légale absolument incontestée. »

M. Semal pose les conclusions suivantes :

1° Laisser dans les familles un certain nombre d'épileptiques, sous réserve d'une intervention de la bienfaisance publique pour diminuer les charges du traitement ou de la garde ;

2° Faciliter l'accès des hôpitaux ordinaires comme moyen primordial d'assistance, soit pour établir un traitement médical ou chirurgical, selon les cas, soit pour déterminer le mode de placement ultérieur qu'il convient d'adopter ;

3° Placer dans les hospices ordinaires les épileptiques reconnus incurables et inoffensifs qui seraient dans l'impossibilité de pourvoir à leur subsistance ;

4° Adopter le régime familial des colonies d'aliénés pour ceux dont le trouble mental ne paraît pas déterminer d'impulsion dangereuse, et qui sont susceptibles d'une occupation lucrative plus ou moins continue ;

5° Recourir au placement dans les asiles d'aliénés fermés pour les épileptiques sujets à des impulsions dangereuses au moment des crises, sauf à leur réserver des quartiers et ateliers spéciaux dans l'intervalle.

M. Hamburgin. — M. Semal prétend que l'enquête n'aboutira à rien, sous prétexte que l'épilepsie n'est pas une entité morbide, une chose toujours la même et parfaitement définie. Il n'en est pas moins vrai que les épileptiques constituent une classe spéciale de malades, exigeant des soins thérapeutiques spéciaux.

L'enquête nous a déjà appris qu'il y a en Belgique 1,500 épileptiques dans les hôpitaux et les asiles d'aliénés. Mais ce n'est là assurément que la partie la moins intéressante de ces malades ; c'est, en effet, celle qui est généralement arrivée à la période d'incurabilité. Ma proposition visait bien davantage les épileptiques encore curables, et avait pour but de leur assurer les bienfaits des progrès incontestables qu'a réalisés la thérapeutique dans les trente dernières années.

©BIUM

Ces malades restent généralement dans leur famille, où ils ne reçoivent que des soins insuffisants, et cela dans cette période de la maladie où celle-ci permet encore d'espérer la guérison. Le traitement de l'épilepsie exige, d'une part, des conditions hygiéniques parfaites, consistant dans un régime analeptique, la vie au grand air, des exercices réguliers, un travail intellectuel modéré, etc. ; toutes conditions que l'on est loin de rencontrer surtout au sein de la classe pauvre, et même dans la petite bourgeoisie. Le traitement, d'autre part, nécessite des soins médicaux assidus et des préparations pharmaceutiques dont le prix est inabordable pour la plupart des épileptiques. Dans la classe pauvre, ces malades croupissent dans des conditions vraiment déplorables.

M. Semal. — Ouvrez-leur vos hôpitaux.

M. Hambursin. — La plupart des hôpitaux situés dans les villes ne leur conviennent pas. Ma proposition avait donc principalement pour but de procurer aux épileptiques un traitement convenable dans la période de l'affection où celle-ci est encore curable. Quant aux épileptiques qui sont arrivés à la phase de la dégradation mentale, à celle où l'on ne sait si l'on doit ou non les ranger dans la catégorie des aliénés, il importe peu...

M. Semal. — Pardon, il y en a parfois de très curables dans ce nombre.

M. Hambursin. — Les épileptiques dont il s'agit peuvent être recueillis sans trop d'inconvénients dans les asiles des fous, bien qu'à mon avis, et à beaucoup d'égards, il soit préférable de les admettre dans des hospices spéciaux. Telles sont provisoirement les seules observations que je croie devoir faire à propos de la communication de M. Semal.

M. Masoin. — Je me borne aujourd'hui à une simple remarque pour dissiper toute erreur sur l'attitude présente de la Commission. Vous connaissez la position prise par M. Hambursin qui est partisan d'un hôpital spécial pour les épileptiques et qui est même le promoteur de la question devant l'Académie. Mais M. Semal ne peut préjuger l'opinion de M. Crocq, ni la mienne. Peut-être arriverons-nous à la même conclusion que lui ; je ne sais ; mais nous tenons à réserver notre opinion. Ainsi donc, la Commission ne s'est pas prononcée ; elle n'a pas encore touché au fond de la question ; elle continue son enquête, et, lorsqu'elle aura recueilli des matériaux suffisants, elle fera connaître les propositions qui de-

©BIUM

vront être, d'après elle, soumises au Gouvernement, au nom de l'Académie.

JOURNAUX ANGLAIS

Le « Mental science »

Année 1885 (*suite et fin*).

Congestion cérébrale apoplectiforme ou apoplexie séreuse; par M. le Dr Joseph Wiglesworth (n° de janvier).

Femme de trente-cinq ans, atteinte depuis douze ans de manie récurrente à forme impulsive. Après un accès plus long que les autres (28 mois), elle est frappée d'obtusion mentale, puis elle a une attaque marquée par la résolution complète, l'abaissement de température et elle meurt dans un état comateux. Cette attaque a pu être prise pour une hémorrhagie cérébrale. L'autopsie a fait découvrir les lésions suivantes : un petit caillot à la partie postérieure du sinus longitudinal, l'injection de la pie-mère et de la substance cérébrale, et un épanchement de sérosité dans les ventricules. Les circonvolutions ne sont pas altérées dans leur structure, mais elles sont refoulées contre la dure-mère. Il n'y a pas d'épanchement dans l'arachnoïde externe.

Quatre cas de mélancolie dans une famille; par le même (n° de janvier).

Les quatre sœurs dont M. Wiglesworth rapporte l'histoire, appartiennent à une famille de huit enfants dont la mère a succombé à un ramollissement cérébral. C'est le seul renseignement qu'on possède touchant l'hérédité. Parmi les quatre autres enfants, l'un, un garçon, a eu un accès de lypémanie après la mort d'une personne aimée, le second est mort en bas âge, le troisième a été emporté à l'âge de dix-huit ans par une fièvre typhoïde, le dernier est sain d'esprit. Voici maintenant l'observation résumée des quatre malades traités à l'asile de Rainhill.

La première, âgée de quarante-sept ans, est devenue aliénée en soignant sa sœur, atteinte elle-même de manie religieuse. Elle a été admise à la suite d'une tentative de suicide par pendaison. Elle etait très affaiblie physiquement et présentait une dépression mentale simple, sans délire caractérisé, mais avec

©BIUM

une tendance marquée au suicide. Elle a guéri rapidement et a quitté l'asile sept mois après son admission. Sa sœur, trente trois ans, dont il vient d'être question, se croyait damnée, donnait des marques de frayeur continuelle en s'accusant de fautes imaginaires. Elle jouissait d'une santé excellente. Elle s'isolait et a manifesté aussi des idées de suicide. Comme sa sœur, elle est sortie guérie.

L'autre malade, admise un an plus tard, à l'âge de trente-sept ans, est mariée et a eu deux enfants et deux fausses couches. Elle est accouchée quatre mois et demi avant son admission, mais un abcès du sein l'a forcée de suspendre l'allaitement. La suppuration abondante est la cause probable de la folie, qui a débuté deux mois avant l'entrée. Cette femme présente, comme sa sœur, un délire dépressif de nature religieuse. Elle a tenté de s'étrangler, de tuer l'un de ses enfants. Tout en se rapprochant du cas précédent par la forme, celui-ci a été plus grave et d'une durée plus longue. La malade était constamment sombre, s'accusant elle-même et se frictionnant le sommet de la tête, jusqu'à le dénuder complètement. Après plusieurs alternatives bonnes et mauvaises, elle est sortie guérie; mais elle a rechuté après quatorze mois et a fait une fin tragique. Elle s'est précipitée dans un cours d'eau avec deux de ses enfants dont l'un s'est noyé avec elle.

La quatrième sœur n'a pas été traitée à l'asile. Elle avait eu trois enfants et, après l'une de ses couches, un accès de lypémanie puerpérale qui avait nécessité son internement dans un workhouse. Elle est morte de consomption et elle a eu, peu de temps avant de mourir, un second accès d'aliénation mentale.

Notes sur un cas de maladie d'Addison associée avec l'aliénation mentale; par M. le Dr Rutherford Macphail (n° de janvier).

Le sujet de cette observation est un charretier âgé de quarante-deux ans, dont la mère a été traitée dans un asile. Deux ans avant son admission, cet homme a été blessé au genou droit et paraît devoir l'explosion de son attaque actuelle à l'excitation causée par les réunions publiques. Dès le début, l'affection mentale présente la forme dépressive. Il est anxieux, inquiet, en proie à un état émotif intense. Parfois, il est bruyant, discourt sur la religion, prie à haute voix, etc. Il refuse les aliments. Le genou est gonflé et douloureux, sans inflammation active. La peau de tout le corps paraît sale, de couleur terreuse;

©BIUM

on dirait que cet homme ne s'est pas lavé depuis longtemps. Le quatrième jour, il est pris de vomissements après son repas et à ce moment la teinte bronzée de la peau devient plus apparente. Plus tard, les conjonctives se colorent en jaune. Les troubles gastriques s'aggravent; les vomissements résistent à tous les moyens employés et se compliquent de douleur dans les aines et dans l'abdomen. Le malade tombe dans un état de démence complète avec asthénie profonde et il est emporté par une syncope soixante-neuf jours après son admission.

L'intérêt principal de l'autopsie réside dans la congestion du foie dont la capsule est adhérente à l'estomac et au diaphragme, et surtout dans l'altération des capsules surrénales qui sont irrégulières, bosselées et augmentées de volume. La droite pèse près d'une once et la gauche une vingtaine de grammes. Elles paraissent entourées de tissu cicatriciel. A la coupe elles sont formées d'une matière blanchâtre, translucide, semi-cartilagineuse parsemée de pointes jaunâtres. Au microscope, on reconnait que la tunique externe est formée d'un tissu fibreux très dense. A l'intérieur se voit une masse sans structure définie, contenant de grandes cellules à contours irréguliers, des corps hyalins et un grand nombre de cellules géantes. Les vaisseaux sont tous plus ou moins affectés d'endartérite, principalement à la périphérie. Les ganglions du grand sympathique n'ont pas été examinés.

Le surmenage dans les écoles; par le Dr Crichton-Browne (n° de janvier).

La *chronique trimestrielle* contient une analyse détaillée du rapport de M. le Dr Crichton-Browne sur l'excès de travail dans les écoles élémentaires. Ce rapport est très détaillé et il s'impose à l'attention publique par des chiffres éloquents. Il a néanmoins trouvé un contradicteur des plus sérieux en M. Fitch, inspecteur des écoles de Sa Majesté. D'après ce dernier, le pessimisme de notre confrère serait sans fondement. M. Browne aurait commis la faute grave de ne point justifier sa statistique par des études comparatives. Il a constaté chez la jeunesse des écoles, il est vrai, la fréquence d'affections telles que la céphalée, le vertige, l'insomnie, le somnambulisme, etc., mais il n'a pas rapproché les résultats obtenus de ceux que fournit l'observation des enfants soustraits à la pédagogie. Il y aurait donc à faire des réserves sur cette partie du travail de M. Browne. Mais le mal paraît plus sérieux chez le personnel enseignant.

©BIUM

Il est acquis aujourd'hui que les règlements actuels sur l'éducation en Angleterre sont désastreux pour les maîtres et principalement pour les employés de la classe inférieure. Les modestes *pupil teachers* sont les victimes d'un véritable surmenage. En prenant une moyenne, l'excédant de service qu'ils doivent fournir par semaine n'est pas inférieur à quatre heures, et leurs pénibles fonctions leur laissent à peine le temps de prendre leur repas. Sur 526 interrogés par le rapporteur, 72 sont morts à la peine ou ont dû quitter leur emploi. Les causes qui ont produit ces résultats sont réparties comme il suit : consomption, 22; fièvre cérébrale, 13; fatigue nerveuse, 9; faiblesse générale, 9; perte de la vue, 4; épilepsie, 3; aliénation mentale, 2; affection cardiaque, 2; perte de la voix, 2; danse de Saint-Guy, 1; névralgie, 1; dyspepsie 1; maladie utérine, 1; déviation de la colonne vertébrale, 1. Le rapport du savant aliéniste n'aurait-il d'autre résultat que de provoquer la nomination d'une commission chargée de faire la lumière sur une question aussi grave, il faudrait le remercier de l'avoir posée.

Aliénation mentale alternant avec l'asthme spasmodique; par M. Conolly Norman (n° d'avril).

Sept observations ont été réunies dans ce mémoire. En voici le résumé très succinct :

1° M. M..., quarante-cinq ans, femme de fermier, mère de plusieurs enfants robustes. Pas d'hérédité pour la folie ni pour les affections thoraciques. Caractère nerveux et irritable; devient asthmatique à vingt-cinq ans. Les accès se sont suspendus trois mois avant son admission. Elle est devenue alors inquiète et scrupuleuse à l'excès, et finit par tomber dans la dépression mentale avec refus de nourriture. A l'asile, elle est très agitée et se montre indocile. Elle croit qu'elle va mourir, qu'on va la brûler, et elle cherche à franchir les portes. Après deux ans et demi, l'asthme a fait de nouveau son apparition sans modifier sensiblement le trouble mental qui a repris la forme chronique.

2° G. M..., cinquante ans, jouissant d'une position honorable, père de plusieurs enfants bien portants. Pas d'autres renseignements sur la famille. Il y a sept ans, le caractère de cet homme est devenu sombre; il est devenu anxieux et envahi par des idées de persécution. Puis il a été atteint d'asthme, et ses conceptions délirantes se sont évanouies aussitôt. Il peut actuellement s'occuper d'affaires. Les accès sont surtout noc-

©BIUM

turnes. Le malade est emphysémateux, mais ne présente aucune lésion cardiaque. Au point de vue mental, il se trouve bien, à part un peu de dépression.

3° J. W..., trente-deux ans, célibataire, paysan. Aucun renseignement sur l'hérédité. Asthmatique depuis l'enfance. Dix jours avant son entrée, il s'est montré triste et silencieux. Depuis quatre jours, les accès de dyspnée s'étaient suspendus pour la première fois. Il est sous le coup d'une obsession terrible : le désir de tuer sa mère. Il la supplie de s'éloigner et sollicite lui-même son admission dans un asile. Signes de phthisie, bruits du cœur normaux. N'a pas eu d'accès d'asthme depuis dix jours. Ne présente d'autre trouble mental que la conception délirante mentionnée plus haut, qui le hante et le rend misérable. S'occupe aux travaux de la campagne. Un jour, il exprime l'espoir de voir ses crises reparaître. En effet, quinze jours après son entrée, il a un accès d'asthme. Malgré ses souffrances physiques, sa physionomie est transformée, elle exprime la satisfaction et la confiance. Il a recouvré la situation mentale et physique qu'il avait avant son placement à l'asile. Ses attaques sont fréquentes et pénibles, mais il sort guéri de son trouble mental.

4° P. M..., vingt ans, fils naturel, sans antécédents connus. Recueilli dans un workhouse. Passe pour avoir souffert autrefois d'une dyspnée avec paroxysmes. Maniaque depuis quelques semaines. L'agitation persiste pendant un an, puis commence une longue période d'obtusion mentale. Complexion faible, poitrine mal conformée, rien du côté du cœur. Après un séjour de trois ans, il est devenu parfaitement calme, mais il a été repris par l'asthme qui ne l'a plus quitté. Ses facultés se sont notablement affaiblies.

5° M^me^ X..., nerveuse et impressionnable s'est mariée à un proche parent, très excentrique. Un de leurs enfants a succombé à des convulsions, l'autre est atteint de paralysie infantile. M^me^ X... est sous le coup de soucis continuels, à cause de l'incapacité de son mari. A trente ans, elle a des accès d'asthme. Dix ans plus tard, elle devient aliénée à la suite de revers de fortune. Elle a le délire du soupçon, des craintes d'empoisonnement et commet des tentatives de meurtre sur son mari. Du jour où les conceptions délirantes se sont montrées, la fonction respiratoire a été normale. Cette malade est sortie guérie après six mois de traitement. L'asthme est revenu dans la suite.

©BIUM

6° G. H..., trente ans, fermier. Sœur phthisique, mère asthmatique. Le malade était asthmatique lui-même depuis nombre d'années. L'affection a diminué d'intensité depuis deux ans environ, en même temps que débutait la maladie mentale. Lypémanie, délire du soupçon, crainte du poison et de la mort. Neuf mois avant l'admission, l'asthme a complètement disparu. A l'auscultation, léger souffle au premier temps et à la base du cœur. Fonction rénale intacte. Soupçonneux, refuse les aliments, tente de s'évader, puis violent et insomne. Après un an de séjour, se calme, devient traitable, mais offre des symptômes de démence. Alors reparaissent les attaques de dyspnée. Elles ont persisté sans modifier l'état mental, désormais incurable.

7° Négative. Homme de quarante et un ans, hypertrophie graisseuse du cœur, accès d'angine de poitrine et d'asthme. Attaque de mélancolie aiguë avec tendance au suicide qui n'a pas modifié les troubles de la fonction respiratoire.

Dans le commentaire instructif dont il fait suivre la relation de ces cas cliniques, M. Norman mentionne les faits publiés par le Dr Savage et le Dr Kelp, de l'asile d'Oldenbourg. On a vu l'aliénation mentale alterner avec d'autres affections que l'asthme, et il suffit de rappeler les travaux de Berthier (goutte), Griesinger, Clouston (rhumatisme), Focke (fièvre intermittente), Griesinger (pneumonie), Clouston (phthisie).

L'auteur discute ensuite la nature nerveuse de l'asthme et il expose les principales théories qui ont été proposées sur cette affection. Consiste-t-elle dans un spasme des muscles bronchiques (Biermer)? Dépend-elle d'un spasme tonique du diaphragme (Wintrich)? Est-elle le résultat de la tuméfaction de la muqueuse bronchique, consécutive à la dilatation des vaisseaux par une influence vaso-motrice (Weber)? Bien que toutes ces causes paraissent jouer un rôle important, Riegel attribue l'action la plus puissante au spasme diaphragmatique et intercostal, et à l'engorgement de la muqueuse bronchique.

Quoi qu'il en soit, l'origine première du désordre fonctionnel est dans une lésion du centre respiratoire de la moelle allongée, qui peut s'étendre jusqu'au centre vaso-moteur adjacent. L'influence des centres élevés du cerveau peut aussi s'exercer à distance et l'on s'explique alors qu'une émotion puisse produire des accès de dyspnée.

L'analogie qu'offre cette affection avec d'autres maladies nerveuses suffit pour en démontrer la nature. Trousseau, avec

©BIUM

un grand nombre d'auteurs, la regarde comme héréditaire. La multiplicité des causes qui provoquent les accès d'asthme, ne s'explique que par la nature nerveuse de la maladie. Les affections utérines, vermineuses ont paru contribuer à sa production. L'asthme a pu être le résultat de l'intoxication saturnine (Bartels), d'un arrêt d'éruption (Waldenbourg). On le trouve associé à un polype nasal (Hanish), à la migraine et à l'angine (Eulenbourg), à l'hydrocéphalie (Salter). Enfin, on l'a vu alterner avec l'épilepsie (Salter), l'angine, la gastralgie et la migraine (Anstie).

De la nécessité pour tous les étudiants en médecine de suivre un cours et de recevoir une instruction clinique sur la médecine psychologique; par M. le Dr Edward Moore (n° d'avril).

Il est toujours profondément regrettable, au point de vue moral, de voir des aliénés séquestrés en vertu de certificats délivrés par des médecins incompétents. En Angleterre, M. Moore fait valoir un argument de plus en faveur de l'instruction obligatoire des étudiants. La population connaît aujourd'hui les droits que lui confère la loi sur les aliénés, et ne se fait pas faute de poursuivre sans merci les médecins qui se sont compromis dans une séquestration arbitraire. Nos confrères se sont bientôt dégoûtés d'une besogne si dangereuse, et l'on ne trouve plus de médecins pour signer un certificat. Il s'ensuit que les malades attendent indéfiniment les soins que leur état réclame et que l'accès des maisons privées leur devient de plus en plus difficile. Il n'est qu'un seul moyen de remédier à cet état de choses dont la gravité n'est pas contestable. C'est l'organisation officielle de l'enseignement de la médecine mentale, qui devra être comprise dans les matières d'examen. On pourrait retrancher du programme des études certaines parties moins utiles, ou encore augmenter d'une année la période scolaire. Il est bien entendu que l'instruction théorique devra être menée de front avec des études cliniques faites dans les asiles d'aliénés.

Ce progrès a déjà été réalisé en Irlande. M. Moore s'attache à démontrer qu'il est désirable à la fois pour les médecins, pour les aliénés et pour le public. Il faut le désirer pour les médecins qui ont la mission délicate de se prononcer, au nom de la loi, sur la capacité mentale d'une personne; qui ont le pouvoir de relever un aliéné de la responsabilité de ses actes et de le priver de sa liberté. L'aliéné n'a pas seulement intérêt

©BIUM

à être protégé contre lui-même, mais il faut encore qu'il puisse recevoir de bonne heure et en temps opportun les soins que nécessite sa triste situation. Enfin le public veut être sauvegardé contre les écarts des aliénés en liberté; des asiles coûteux ont été construits pour assurer cette protection et c'est le médecin qui a reçu la mission d'y placer les malades. Le public a donc le droit d'exiger du médecin une compétence qui ne puisse être discutée.

De la violence épileptique ; par M. le Dr Echeverria (n° d'avril).

La conduite des épileptiques qui sont sous l'influence de leur terrible névrose n'est pas toujours dénuée de mobiles, et la haine peut n'être pas étrangère à l'accomplissement d'actes violents pendant ces périodes d'inconscience apparente. Tel est l'enseignement qui ressort de la remarquable étude du savant spécialiste de New-York. Les faits constituent l'élément le plus important de ce travail et lui donnent son principal intérêt. Aussi convient-il d'insister sur les faits dans le résumér apide que nous en offrons.

Une jeune dame, sujette à des accès de grand et de petit mal, est prise d'une attaque au moment où elle se prépare à se rendre au théâtre. Sa mère la met au lit et l'y retient de force. Peu après, elle paraît calme, promet de ne plus chercher à sortir et demande un verre d'eau. A peine l'a-t-elle reçu qu'elle le projette à la tête de sa mère en lui criant : « Cela t'apprendra à m'empêcher de m'habiller. » Plus tard, la malade avait perdu le souvenir de cet acte.

Dans un hôpital, une épileptique simule des attaques, en l'absence du médecin, pour avoir un changement de régime. Son imposture est dévoilée par une infirmière à laquelle elle voue une haine implacable. Tandis qu'auparavant ses tendances homicides se manifestaient indistinctement envers toutes les personnes de son entourage, pendant ses phases d'agitation, elle choisit désormais pour victime cette pauvre femme et cherche à la surprendre seule pour lui faire un mauvais parti.

Un jeune homme de seize ans est sujet à des attaques nocturnes qu'on attribue à l'onanisme. Il est très affecté de voir son père l'accuser de ce vice. Un jour, après une scène pénible avec lui, il a sa première attaque de jour, à la suite de laquelle il s'enferme dans sa chambre et se pend.

David Montgomery est un héréditaire qui a des crises nocturnes avec des attaques de petit mal, compliquées d'agitation

©BIUM

dangereuse. La jalousie est le sentiment qui l'a poussé à tuer sa femme, dans la période d'automatisme consécutive à des attaques de nuit. Il était inconscient quand on l'a arrêté, mais il a été condamné par le jury parce qu'il avait hésité cinq minutes avant de frapper sa victime, ce qui a fait admettre la préméditation. Un examen d'aliéniste l'a sauvé de la mort, et ce malade a été placé à l'asile d'Auburn.

Au lieu d'un sentiment ou d'une émotion, c'est une idée qui peut se poursuivre à travers le désordre de l'ictus épileptique, en s'exagérant ou s'altérant jusqu'à produire des actes dépravés.

Une pensionnaire de Broadmoor a tué son enfant dans les circonstances suivantes. Elle a été surprise par une attaque, pendant qu'elle coupait du pain en tenant son enfant dans ses bras. Continuant le même mouvement après l'attaque, elle a tranché inconsciemment le cou du pauvre petit être.

Une autre femme avait son enfant paraplégique et soumis à un traitement par l'électricité. — Sous l'influence d'un accès, elle pénètre dans la chambre de son enfant qu'elle saisit à la gorge, en croyant lui appliquer le courant électrique. On est arrivé à temps pour lui faire lâcher prise. Cet acte délirant s'est reproduit plusieurs fois dans des circonstances semblables.

L'écho épileptique est un phénomène du même ordre. L'automatisme cérébral peut aussi se manifester au début d'une attaque. Il peut être marqué par des actes parfaitement coordonnés et réfléchis en apparence, quelle que soit d'ailleurs la soudaineté de l'attaque elle-même.

Le fait suivant démontre qu'une idée, délirante ou non, qui s'est emparée d'un épileptique peut donner naissance à des sentiments pervers. Ces sentiments peuvent demeurer latents, jusqu'au jour où une excitation quelconque les fait se traduire au dehors par des actes violents. Un jeune héréditaire, sujet à des attaques de grand et de petit mal, est vivement irrité contre son père, un dipsomane qui rend la vie dure à tous les siens. La vue seule de cet homme lui donne des attaques d'épilepsie. Au moment de partir pour un voyage il a néanmoins résolu, dans l'intérêt de sa mère, de demander une entrevue à l'indigne auteur de ses jours. La nuit qui a précédé cette rencontre est marquée par des accidents épileptiques graves; le malade s'est levé deux fois complètement vêtu sans en avoir conscience. Le matin, il souffre d'un violent mal de tête et c'est alors que son père se présente à lui. Il décharge aussitôt sur lui cinq

©BIUM

coups d'un revolver dont il s'était muni pour se protéger contre ses violences. Cet acte a été absolument automatique, et l'assassin n'a pas eu un seul instant la volonté d'arrêter sa main. En se précipitant hors de la chambre, il a eu une hallucination. Il entendait un grand vieillard, à longue barbe grise, lui dire ces mots : « Le crâne est-il brisé? » Puis il a aussitôt recouvré la connaissance et il s'est rendu au télégraphe pour apprendre à sa mère l'acte épouvantable qu'il venait de commettre. Cette observation qui est rapportée avec détails dans le mémoire de M. Echeverria, est intéressante à méditer. La responsabilité du meurtre pouvait d'autant mieux être discutée qu'il était le seul témoin de l'acte sanglant, et qu'il avait écrit lui-même au coroner pour invoquer le cas de légitime défense. Son avocat l'avait poussé à faire cette fausse déclaration.

L'auteur invoque le témoignage de plusieurs médecins français à l'appui de sa thèse. Delasiauve, dans son *Traité de l'épilepsie*, admet la détermination volontaire de certains actes, bien qu'ils soient accomplis sous l'influence d'un désordre mental. Devergie rapporte, d'après Moreau (de Tours), l'exemple de deux épileptiques chez lesquels un acte violent et nettement motivé a précédé immédiatement une attaque. La jalousie dans un cas, un grief futile dans l'autre avaient armé le bras du meurtrier. Le fait suivant, rapporté par Boileau de Castelnau, n'est pas sans intérêt au point de vue médico-légal. Deux épileptiques, pensionnaires d'une prison centrale, sont fréquemment en désaccord. L'un d'eux, à la suite d'une dispute, tombe du haut mal et croit voir pendant son accès son camarade se moquer de lui. Il en conçoit une vive irritation et, deux heures après, le frappe de six coups de couteau. Le jury a bien voulu admettre des circonstances atténuantes et a fait condamner cet homme à six ans de prison. Chose digne de remarque, les malades qui commettent des actes violents dans de semblables conditions trouvent difficilement grâce devant les juges, peu disposés à admettre la délibération avec l'irresponsabilité absolue.

Le Dr Dejoeghère, de Courtray, nous raconte l'histoire d'un épilep tique meurtrier que sa triste névrose n'a pu sauver d'un châtiment sévère. Ce malade avait des attaques diurnes et nocturnes et en dernier lieu de véritables accès de fureur. Il eut une rixe, à la suite de laquelle il fut condamné à une peine légère. Bien qu'il parût avoir oublié ses griefs contre son adversaire, il l'assaillit à quelque temps de là et le mit à mort

©BIUM

avec une sauvagerie épouvantable. Il a été condamné à la peine capitale, qui a été commuée en celle des travaux forcés à perpétuité avec exposition publique. Ce malheureux a eu une attaque pendant qu'il était au pilori.

C'est en France principalement que l'épilepsie psychique ou cérébrale a été mise en lumière, et nous n'avons qu'à indiquer ici les nombreux travaux en médecine légale qui s'y rattachent. Tout le monde connaît l'intéressant rapport des Drs Lasègue, Touzelin et Legrand du Saule sur cet épileptique larvé qui faisait des voyages au long cours sans en avoir conscience. Un de ses voyages le conduisit jusqu'à Bombay. Cet individu a mal fini. Repoussé par sa femme, qui avait obtenu la séparation légale, il s'est suicidé. On n'a pas oublié le bruit qu'a fait, en 1874, l'affaire de l'assassin Thouviot que l'expertise a démontré être atteint d'épilepsie, et nous avons tous lu le procès Chorinski qui fit tant d'honneur à Morel. Nous noterons encore la fin lamentable du Dr Geoffroy, d'Avignon, et la scène de carnage dont l'asile de Marseille fut le théâtre en janvier 1868. Les auteurs de ce dernier drame, atteints l'un et l'autre d'épilepsie, purent combiner leurs efforts pour assaillir et massacrer des gardiens sans défiance. Dans tous les cas qui précèdent, la préméditation se trouve bien établie.

M. Yellowlees affirme avec raison qu'il n'y a pas lieu d'établir une distinction entre les aliénés et les épileptiques. Les tendances violentes sont la marque de l'épilepsie, qu'elle se complique ou non d'aliénation mentale. Les actes commis sont en général soudains et irréfléchis, mais ce n'est pas une règle absolue. Comme on vient de voir, les faits abondent pour le démontrer. Lasègue admet implicitement la possibilité de la préméditation, quand il écrit que la soudaineté des violences épileptiques, est moins absolue qu'on ne croit généralement et que ces malades n'offrent pas le même degré d'hésitation qu'on observe chez les aliénés impulsifs.

D'après les nombreux documents qu'il a réunis, M. Echeverria croit pouvoir affirmer que l'épileptique, privé par son infirmité mentale des éléments nécessaires au contrôle de sa conduite, doit être considéré comme irresponsable. Notre savant confrère insiste sur la difficulté que présente le diagnostic des attaques légères qui caractérisent le petit mal. Elles passent le plus souvent inaperçues, se traduisent au dehors, dans certains cas, par de soudaines altérations du caractère et de simples accès d'irritabilité. Il importe de les constater avec soin et de bien

©BIUM

savoir que la manifestation spasmodique extérieure n'est pas en rapport avec la gravité du trouble mental. Une colère subite est fréquemment chez ces malades le côté psychique d'une attaque non observée de petit mal et peut se résoudre en une catastrophe.

Il convient néanmoins de séparer la responsabilité civile de la responsabilité criminelle, et de suivre dans la pratique le sage conseil du Dr Falret. Le médecin devra se montrer en général favorable à la validité d'un acte civil accompli par un épileptique, lorsque sa capacité mentale sera mise en doute; il devra au contraire, dans les cas criminels, pencher vers l'irresponsabilité de l'accusé.

Localisation cérébrale; monoplégie brachiale dépendant d'une lésion de l'écorce; par M. le Dr Julius Mickle (n° d'avril).

Le sujet de cette observation est un militaire entré à l'asile en 1875, à l'âge de trente-huit ans. Cet homme a eu autrefois dans l'Inde des accidents syphilitiques. C'est un maniaque dont l'agitation s'est amendée sous l'influence du traitement. Il devient phthisique en 1883. Vers la fin de cette année, il est repris d'agitation et tombe dans le marasme. C'est alors qu'il est affecté d'une parésie soudaine du membre supérieur droit; puis il présente un ensemble symptomatique marqué par l'élévation de température du membre atteint, la déviation de la langue et un trouble grave dans le rythme respiratoire. Comme phénomènes ultimes, on a noté du ptosis à gauche, des convulsions épileptiformes à droite occupant la tête, les yeux, le tronc et le bras parésié; une faiblesse générale dans les deux jambes et la dysphagie.

L'autopsie du cerveau a fait découvrir, comme lésion principale, le ramollissement de l'écorce de la circonvolution centrale antérieure limitée à son sommet sur l'étendue d'un pouce environ. En avant, le ramollissement intéresse la substance grise qui recouvre le fond et les côtés de la partie postérieure du sillon frontal supérieur ainsi que les bords des première et seconde frontale; en arrière, la lésion s'étend à travers la scissure de Rolando, jusqu'au bord de la circonvolution centrale postérieure.

Sclérose spinale ou dégénérescence consécutive à une lésion du cerveau; par le même (n° d'avril).

Ce travail est très étendu et ne contient pas moins de neuf

©BIUM

observations. Nous devons nous borner à résumer le commentaire instructif écrit par notre distingué confrère, touchant les diverses localisations primitives et secondaires.

Dans la moelle, un seul cordon latéral a été trouvé affecté dans la grande majorité des cas. Chez le quatrième malade, les deux étaient atteints, mais il y avait en même temps une sclérose diffuse de tous les faisceaux. Dans la sixième observation, ces faisceaux sont dégénérés des deux côtés. Comme règle, les pyramides sont les régions les plus atteintes.

Voici pour chaque malade la topographie des lésions primitives ou cérébrales. Chez le premier, la dégénérescence occupe la surface des circonvolutions et se propage à travers la substance médullaire, en détruisant quelques-unes des expansions de la capsule interne. Le second avait une sclérose diffuse affectant principalement la substance grise fronto-pariétale. Chez le troisième sujet, on constate une destruction locale de quelques circonvolutions et d'une partie du corps strié. Le quatrième présente une destruction partielle des deux corps striés (altération secondaire des cordons latéraux de la protubérance et du bulbe) Chez le cinquième, une partie du lobe temporo-sphénoïdal, écorce et substance blanche, est détruite. La lésion a légèrement envahi le lobule pariétal inférieur, et une partie du corps strié du même côté est en voie de dégénérescence. Dans la sixième observation, on a noté des lésions destructives du corps strié droit. L'altération était moins avancée au corps strié gauche, mais elle affectait la capsule interne. La moelle allongée offrait une anomalie dans la décussation des pyramides. Dans la moelle, on a trouvé les deux cordons latéraux dégénérés ; la lésion est régulière et arrondie à gauche, en forme de coin à droite. Le septième malade avait une lésion centrale, médullaire, de l'hémisphère droit, plus marquée au niveau du centre ovale. Le corps strié droit, la capsule interne et le noyau caudé étaient détruits partiellement (à ces lésions correspondait une sclérose secondaire du cordon latéral gauche). Le huitième cas présentait une destruction partielle d'un corps strié, de sa capsule interne et d'une portion de substance médullaire associée avec une dégénérescence du pédoncule cérébral correspondant. Enfin, dans la neuvième observation, l'atrophie d'un hémisphère cérébral avec les lésions de la paralysie générale (plus prononcées dans cet hémisphère que dans l'autre) avait été suivie de la sclérose du cordon latéral de la moelle du côté opposé.

©BIUM

Découverte, après la mort, de sept côtes brisées. Cas rapporté; par M. le Dr Harry Benham (n° d'avril).

L'altération du tissu osseux est-elle la seule cause des fractures multiples constatées à l'autopsie? Telle paraît être du moins l'opinion de M. Harry Benham, qui insiste sur l'absence complète de déplacement et de contusions externes, et en même temps sur la consistance friable des côtes chez l'individu qui fait le sujet de l'observation. Cet homme était aveugle depuis vingt ans. Un mois avant son admission, il avait été agité et violemment désordonné. Il avait un délire d'empoisonnement et refusait toute nourriture. Après quelques heures passées dans un workhouse, son admission à l'asile avait été ordonnée. A son entrée, il était dans un état de faiblesse extrême et ne pouvait se tenir debout. Il a été baigné et mis au lit sous les yeux du médecin qui l'a examiné soigneusement et n'a constaté sur son corps aucune lésion externe. Chaque fois qu'on l'approchait, il manifestait une terreur telle, qu'on a dû renoncer à l'ausculter. Des précautions spéciales ont été prises pour le sauvegarder contre ses propres violences, et le parquet de sa chambre a été recouvert de matelas. Il a succombé dans le marasme, au bout de quatre jours. Notre confrère croit pouvoir conclure à l'origine ancienne des fractures, et affirmer que la mort a été le résultat de la lésion cérébrale.

Questions médico-légales (nos de janvier et avril).

Plusieurs affaires judiciaires, intéressantes à divers points de vue, sont publiées dans le journal. Le nommé Frédéric Marschall a commis un meurtre sur la personne d'une jeune fille. Au moment d'être traduit devant la cour criminelle centrale, un ordre du secrétaire de l'Intérieur l'a fait transférer à Broadmoor. Cet individu n'a donc pas été soumis à la procédure fixée par la loi; il n'a pas comparu devant un jury qui l'a déclaré inhabile à plaider. La conduite du gouvernement dans cette circonstance ne s'est pas seulement inspirée de précédents nombreux, mais encore d'un texte de la loi datant de 1840, qui l'autorise à faire interner un prisonnier avant le procès, s'il est jugé aliéné par les médecins. L'affaire Marschall n'en a pas moins suscité des réclamations nombreuses dans la presse.

L'opinion publique aurait pu s'émouvoir avec plus d'à propos, dans l'affaire Hillman. Ce gentleman a été séquestré sur l'ordre des magistrats de Lewes (comté de Sussex), sans que

©BIUM

les formalités légales aient été remplies. La procédure a été plus que sommaire. Deux juges se sont contentés de regarder le prétendu aliéné dans une librairie, à travers une vitre, et d'échanger quelques mots avec lui après sa sortie, pendant quatre ou cinq minutes. Aucun médecin ne les a assistés dans leur enquête. M. Hillman a été mis en liberté peu de temps après, grâce à l'intervention des inspecteurs. L'action qu'il a intentée ne pouvant être poursuivie qu'après l'annulation de l'ordre de placement, l'affaire est venue devant la haute cour de justice qui lui a donné satisfaction et a déclaré non avenu l'ordre signé par les juges.

Notons encore deux procès intentés à des médecins pour séquestration arbitraire : les affaires Weldon contre Winslow et Lowe contre Fox. L'une d'elles s'est terminée au préjudice d'un confrère. Le docteur Winslow a été condamné à payer 500 livres et 1 shelling à la plaignante.

Recherches récentes sur les fonctions de la circonvolution marginale des hémisphères cérébraux; par les Drs Schœfer et Horsley (n° d'avril).

Les notes trimestrielles donnent une intéressante analyse des recherches des professeurs Schœfer et Horsley sur les fonctions d'une région limitée de la circonvolution marginale. Ce travail a paru dans les *Procceding of the Royal Society*. La circonvolution forme l'un des côtés de la frontale ascendante ainsi que de la moitié antérieure du lobule pariétal. Cette partie de l'écorce, qui correspond à la grande scissure médiane, a été étudiée pour la première fois par ces expérimentateurs. Ils ont constaté que ses trois cinquièmes postérieurs seulement sont excitables. La zone excitomotrice se divise elle-même en deux parties. Les deux tiers antérieurs présideraient aux mouvements des muscles qui vont du tronc aux membres supérieurs, des muscles dorsaux et lombaires. Le tiers postérieur (lobule paracentral) serait le siège des centres moteurs de la fesse, de la hanche, du jarret, de la jambe, et enfin du pied et des orteils. Cette découverte comble heureusement une lacune.

Analyse et critique du récit de M. H..., le peintre de portraits; par M. le Dr A. Guy (n° de juillet).

M. Heavy (son nom a été connu plus tard) est un visionnaire qui a fait un certain bruit et dont l'histoire a été publiée, il y a vingt-cinq ans, dans une revue anglaise, « *All the Yeyar*

©BIUM

Round », éditée par Charles Dickens. Ce récit étrange est une pure fiction, un roman né de toutes pièces dans l'imagination du peintre et dont les épisodes viennent étrangement se grouper à côté des faits réels de son existence. Nous ne saurions reproduire ici les détails de cette histoire compliquée Toutes ses péripéties gravitent autour d'un portrait, celui d'une jeune fille morte récemment. Elle apparaît à M. Heavy dans plusieurs circonstances et la vue de son portrait rend la raison à un vieux gentleman, le propre père de la jeune fille, qui était devenu aliéné après la mort de son enfant. Le portrait n'a jamais existé, bien entendu, pas plus que les divers personnages qui viennent au cours de ce roman se mêler d'une façon bizarre à la vie réelle du peintre. M. le Dr Guy s'attache dans son étude à séparer, dans ce récit, l'illusion de la réalité. Il en analyse successivement les divers chapitres et démontre le caractère morbide des phénomènes éprouvés par l'artiste névropathe.

Folie morale ou émotive; par M. le Dr Hack-Tuke (n° de juillet.)

Ce travail a été lu à la section de psychologie de l'Association médicale anglaise. Notre savant confrère fournit d'abord quelques exemples tirés de sa propre observation.

Un homme atteint de paralysie consécutive à une frayeur, lui avouait récemment avoir été deux fois sous le coup d'une impulsion pénible, celle de frapper un de ses enfants. Il fut assez heureux pour pouvoir se maîtriser à temps. Ce trouble était évidemment sous la dépendance de la lésion cérébrale organique et doit être distingué de la simple irritabilité de caractère.

Un enfant contracte à cinq ans une fièvre scarlatine. Il avait été jusque-là d'un naturel franc et honnête. Après sa maladie, il devient menteur et voleur; plus tard, il se montra agressif. La mémoire de cet enfant était remarquablement fidèle.

Une jeune dame, douée d'une intelligence moyenne, quoique un peu obtuse, mais nullement incohérente ni hallucinée, est affligée d'un caractère rageur, vindicatif, qui la rend insupportable pour tous ceux qui l'approchent. Elle a, sous les influences les plus futiles, de véritables accès de fureur. Cette *dynamite émotive*, comme l'appelle M. Tuke, a dû être séparée pour quelque temps de sa famille. Rendue depuis peu à ses parents, on a constaté que sa séquestration passagère ne l'avait pas amendée.

Un autre aliéné a écrit un journal très remarquable par sa lu-

©BIUM

cidité et sa forme cohérente. Cet homme a présenté, dès son enfance, un naturel réfractaire à l'éducation normale. A l'école, où il montrait une facilité étonnante pour l'étude, il menaçait la vie de ses camarades. Placé dans une honnête famille, il s'était montré dangereux pour les autres enfants. Finalement, il a été séquestré, jeune encore, dans un asile d'aliénés où il est mort paraplégique. A l'autopsie on a constaté dans le cerveau des altérations de structure. Ce malade avait un frère dipsomane.

Un enfant de huit ans est sujet à de violents écarts de caractère qui l'ont fait retirer de l'école. Il y poursuivait ses petits camarades de ses persécutions et de ses taquineries, et commettait mille extravagances. L'intelligence de cet enfant n'offrait aucune lacune appréciable et il répondait, lorsqu'on le grondait, qu'il ne pouvait pas se bien conduire.

Ces aliénés peuvent se diviser en trois catégories :

1° Ceux qui présentent un vice constitutionnel dans l'équilibre entre les passions et le pouvoir de contrôle ou la volition ;

2° Ceux chez lesquels se produit une modification du caractère du côté des tendances et des sentiments élevés, que ce changement résulte d'une secousse morale ou de la fièvre. Dans cette catégorie sont classés les impulsifs sexuels ;

3° Ceux qui n'offrent, comme désordre émotif, qu'un simple état de dépression mentale, sans que le malade soit capable de formuler une conception délirante. Cette dépression est l'exagération du caractère normal, ou plus souvent encore l'opposé de ce caractère.

On peut encore considérer comme atteints de folie morale les dipsomanes, et, avec Heinroth et Pritchard, les individus sujets à des impulsions irrésistibles. L'auteur du mémoire insiste sur l'association fréquente de ces cas morbides avec la névrose épileptique. Il aborde l'étude psychologique de cette curieuse vésanie.

La dénomination de folie morale est malheureuse, ne s'appliquant pas à toutes les espèces cliniques connues. Le phénomène le plus saillant et le plus fréquemment observé n'est pas toujours, en effet, une lésion des sentiments. Il faut chercher le siège réel de l'affection dans les centres élevés du cerveau. L'affaiblissement de ces centres détermine une paralysie de la volition et indirectement une perturbation des centres émotifs qui sont privés de contrôle. Aussi, cette maladie mentale serait plus heureusement dénommée folie *inhibitoire*.

Les centres inférieurs du cerveau ne sont donc pas affectés,

©BIUM

mais ils sont sous le coup d'un désordre fonctionnel, et c'est dans les centres élevés que réside l'altération morbide. Dans une forme bien connue, la portion de ces derniers centres, qui est en rapport avec les sentiments altruistes, est évidemment atteinte.

Dans certains cas particuliers, le cerveau est complètement indemne, lorsque par exemple un homme devient vicieux sous l'influence d'une affection vermineuse. Les centres inférieurs deviennent chez lui, par action réflexe, le siège d'une suractivité que les supérieurs sont impuissants à contrôler.

M. Tuke s'attache à démontrer, dans la dernière partie de son travail, que la théorie qu'il vient d'émettre n'est pas en contradiction avec la doctrine de l'évolution, telle que l'a formulée l'école physiologique. Il termine par les conclusions suivantes :

1° Les observations qu'il a rapportées sont des exemples d'un état cérébral morbide, dans lequel les troubles mentaux sont d'une nature émotive, principalement automatique, plutôt que cognitionnelle. Ils peuvent être rattachés à cette forme de désordre psychique communément appelée folie morale, bien que les sentiments moraux demeurent intacts.

2° On distingue plusieurs variétés de cette forme d'aliénation. D'une manière générale on peut dire que les éléments cérébraux le plus parfaitement développés, ceux auxquels est dévolu l'exercice du contrôle moral, c'est-à-dire les éléments les plus « volontaires » de Jakson, les sentiments altruistes de Spencer, sont congénitalement atrophiés ou bien que, après avoir subi une évolution normale, ils sont devenus malades, et leurs fonctions ont été plus ou moins suspendues, quoique les fonctions intellectuelles (dont quelques-unes peuvent avoir leur siège au même niveau dans l'ordre de l'évolution) ne soient pas sérieusement affectées. Il en résulte que le malade présente cet ensemble psychique d'un degré inférieur, dans lequel l'état émotionnel et automatique prédomine.

3° Il n'y a pas de règle absolue pour distinguer la folie mentale de la dépravation morale ; mais chaque cas doit être apprécié dans ses relations, avec l'individu lui-même, ses antécédents son éducation, le milieu, l'état social, la nature de certains actes et la manière dont ils sont accomplis, telles circonstances imposant par elle-même la conviction que le malade ne se contrôle pas. Dans aucune forme d'aliénation mentale il n'est aussi nécessaire d'étudier l'individu, son caractère, sa constitution et ses maladies antérieures.

©BIUM

De la nécessité de traiter dans un hôpital spécial les cas curables d'aliénation mentale; par M. le Dr Strahan (n° de juillet).

L'auteur de cette courte note constate que la médecine mentale a fait des progrès peu sensibles, surtout si on la compare avec la chirurgie et la médecine ordinaire. Il n'hésite pas à rendre responsable de cette infériorité, le système de traitement adopté jusqu'ici à l'égard des aliénés. Les asiles d'aujourd'hui sont propres à garder les malades, mais ils ne sauraient s'adapter à un traitement rationnel. Les incurables seuls y trouvent admirablement leur place. Quant aux malades susceptibles de guérison, ils y sont dans des conditions déplorables, tant au point de vue du milieu, que du personnel chargé de les soigner. M. Strahan propose la création d'établissements spéciaux intermédiaires entre l'asile et l'hôpital proprement dit. Ils seraient construits à proximité des grands asiles, tout en restant indépendants, et pourraient contenir une trentaine de lits. Ces nouveaux quartiers recevraient seulement les aliénés curables. Leurs pensionnaires pourraient être transférés dans le grand asile voisin après un certain temps, si le pronostic paraissait défavorable. Enfin, le Directeur de l'établissement principal n'aurait sur le quartier de traitement qu'un droit de contrôle matériel. Il aurait seul le service administratif et le médecin, secondé par un personnel d'élite, s'y consacrerait exclusivement au soin des aliénés.

Coup d'œil sur l'aliénation mentale en Espagne; par M. A. Jelly (n° de juillet).

L'impression a été peu favorable. Il est vrai que le coup d'œil a été sommaire et peut-être incomplet. M. Jelly qui n'a pu être admis à visiter l'asile public de Leganes, a dû limiter ses observations à la maison privée du Dr José Esquerdo, où sont traités une centaine d'individus. Une lettre de recommandation lui avait ouvert les portes de cette maison de santé, et il y avait trouvé l'accueil le plus courtois. Il se plaît à le reconnaître et nous apprend qu'il a partagé le repas des pensionnaires, en compagnie du médecin adjoint, neveu du directeur. Il s'est cru obligé, sans doute, à payer cette cordialité d'une entière franchise et l'on ne s'étonnera pas trop qu'il ait eu soin de relever dans son mémoire, tout en allant, les nombreux vices qu'il a pu découvrir dans l'aménagement des lieux et la tenue des aliénés. M. Jelly a bien soin de remarquer d'ail-

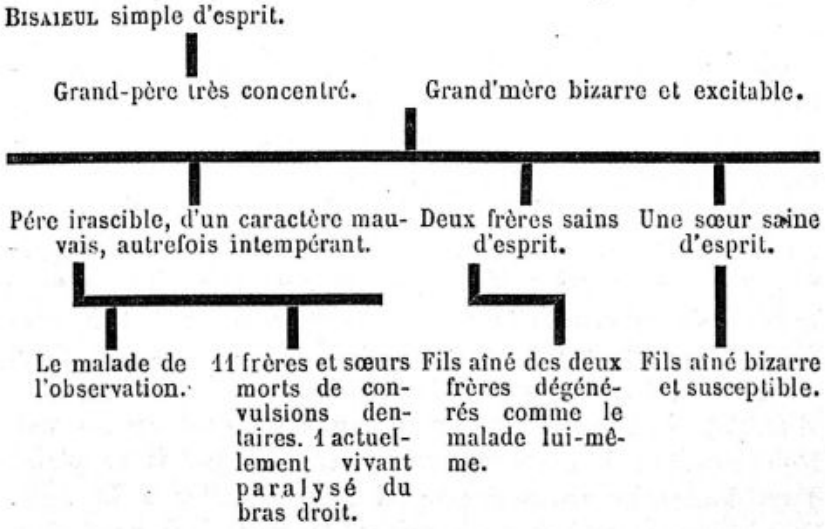
©BIUM

leurs que la maison du Dr Esquerdo est en progrès sur les autres asiles d'Espagne.

Mais, ce qu'on s'explique moins aisément, c'est que notre voyageur s'adonne à l'épigramme et qu'il prenne à partie, en termes fort peu bienveillants, la personne même de l'honorable aliéniste espagnol. M. Jelly promet, en terminant, à ses confrères qu'ils seront les bienvenus à la maison de M. Carabanchel, si la fantaisie leur prend un jour d'aller passer leurs vacances à Madrid. Cette réflexion n'est pas le morceau le moins curieux de ce curieux article.

Cas d'imbécillité avec des antécédents héréditaires bien marqués; par M. Fletcher Beach (n° de juillet).

Le dégénéré dont on a pu connaître l'histoire héréditaire jusqu'à la quatrième génération, était né avec une paralysie du côté droit. Il avait parfois de l'agitation. Il a été épileptique jusqu'à l'âge de onze ans et avait eu sa première attaque trois semaines après la naissance. Il avait fait peu de progrès à l'école, à cause de sa paralysie et de sa difficulté à s'exprimer, mais il avait fait un cordonnier passable. Nous reproduisons ci-après son arbre généalogique.



Deux exemples de suppression du pouvoir de contrôle : 1° chez une maniaque chronique avec accès récurrents ; 2° sous l'influence du chloroforme ; par M. le Dr Savage (n° de juillet).

Le sujet de la première observation est une démente de soixante-quinze ans, qui a des accès de manie à intervalles

©BIUM

irréguliers. Le dernier accès a duré un an et a pris fin dans le cours de l'année 1875. Cette femme est calme pendant le jour, mais doit être soumise la nuit à une surveillance toute spéciale. Dès le matin, à la première heure, au moment où elle s'éveille, elle se montre passagèrement insolente et agressive. Cet état mental dure deux heures environ, puis la malade est mise au bain, déjeune et redevient raisonnable jusqu'au lendemain. Elle a pleinement conscience des méfaits qu'elle commet et déclare que la volonté lui manque.

Le second aliéné est un maniaque très agité qui s'est blessé au pouce en cassant une vitre. La blessure s'est compliquée d'un phlegmon profond de la main, et cet homme est devenu calme et raisonnable. On a eu alors l'idée de lui faire inhaler du chloroforme pour explorer sa plaie, et il a été repris d'agitation violente, qui disparaissait lorsqu'il cessait de subir l'influence de l'anesthésique.

Cas d'hystérie chez un garçon de quinze ans; par M. le Dr Savage (n° de juillet).

Le jeune Charles L..., âgé de onze ans, intelligent et robuste, a eu autrefois la fièvre scarlatine. Il a ressenti une émotion vive en assistant aux funérailles de sa petite sœur, victime d'un accident. Le lendemain, il cessait de jouer et devenait stupide. Il affectait ensuite de refuser la nourriture et prétendait être constipé; mais on le surprenait volant des aliments pour les manger en secret, et jetant ses garde-robes par la fenêtre. Plus tard, il se couvrait le visage et poussait des cris pendant des heures. Enfin, son état s'aggrave. Il refuse entièrement de marcher. Il passe ses matinées à cheval sur un poney, prend son repas à midi et, à partir de deux heures, s'accroupit, s'enveloppe la tête d'un mouchoir et se met à crier jusqu'à ce qu'il s'endorme. Sa santé physique n'a pas souffert de ces désordres. Le jour de l'admission, il est roulé en boule; si on l'oblige à se lever, son corps entier s'appuie sur ses malléoles externes. Il a le visage caché par un linge. Il se plaint d'une douleur au ventre et prétend ne jamais aller à la selle. On n'a pas constaté chez cet enfant de mauvaises habitudes. Ce jeune hystérique s'est rapidement amélioré par le traitement moral associé à l'hydrothérapie.

©BIUM

Cas de mélancolie suicide profonde et prolongée; diarrhée avec fièvre; guérison; par M. le Dr Carlyle Johnstone (n° de juillet).

La malade est âgée de quarante ans, non mariée, sans tare héréditaire connue. Elle est aliénée depuis quelques semaines et a été placée successivement à l'asile des comtés du Sud et à l'asile de Morningside. Elle a fait de nombreuses tentatives de suicide et a dû être nourrie à la sonde dans les premiers temps. Cette femme avait des hallucinations; elle croyait que des hommes noirs entraient la nuit dans sa chambre. Elle a présenté aussi des idées de grandeur. La pensée délirante qui dominait chez elle, était le désir nettement avoué d'en finir avec la vie. Elle priait fréquemment de la tuer les personnes qui passaient dans son voisinage. Cette observation est rapportée avec une grande abondance de détails sur lesquels il nous faut passer. C'est la fin d'ailleurs qu'il nous importe d'en retenir. Un an et demi après l'invasion, la malade est prise de syncope. On la met au lit et l'on s'aperçoit qu'elle a une diarrhée abondante. On constate en même temps une élévation notable de la température (40°). Un traitement par la diète liquide, l'alcool, l'opium et l'acide sulfurique a rapidement amélioré l'état physique et le trouble mental s'est graduellement amendé. Elle est sortie guérie après vingt mois de séjour à l'asile.

Adresse de la délégation de l'Association médico-psychologique sur le projet de législation des aliénés en Angleterre (n° de juillet).

Les chroniques trimestrielles contiennent un assez long article sur le projet de législation des aliénés en Angleterre. Malgré l'intérêt que présente cette étude, nous la laisserons, pour aujourd'hui, nous réservant de résumer les dispositions principales de la loi, lorsqu'elle sera imposée par le gouvernement. Nous nous bornerons à dire quelques mots de l'adresse présentée au secrétaire en chef de la Chancellerie, le 20 avril 1885, par la délégation de la Société médico-psychologique. Avant tout, l'Association exprime le vœu de voir la future loi compatible avec la dignité du corps médical. Elle considère comme *non désirable* l'intervention préalable de la magistrature dans le placement des aliénés. Le magistrat ne saurait donner qu'une simple sanction à l'expertise médicale. Il n'a pas à examiner

©BIUM

personnellement les malades, mais il doit désigner pour cet examen des hommes compétents qu'il couvre de son autorité. La loi devra aussi protéger les médecins contre les attaques auxquelles les certificats qu'ils signent les exposent trop souvent. Il est inadmissible qu'une poursuite puisse être exercée contre eux, à moins que cette poursuite ne soit dirigée par l'accusateur public lui-même. Enfin, la délégation a fait connaître quelques desiderata touchant le traitement des employés d'asile, qu'il convient de prélever sur la contribution gouvernementale (government capitation grant), les pensions de retraite des employés et gardiens et l'organisation de l'instruction clinique de l'aliénation mentale dans les asiles.

Du placement des aliénés dans les workhouses (n° de juillet).

La revision de la procédure d'admission dans les workhouses est une des innovations les plus importantes que l'on devra à la législation nouvelle. Le besoin s'en faisait d'autant plus sentir qu'on vient d'assister tout dernièrement à une sorte de grève des directeurs de ces établissements d'Assistance publique. L'événement a été provoqué par un procès qui a fait quelque bruit : l'affaire Hicks contre Bedfort. M. Hicks ayant été séquestré sur un simple certificat médical, sans ordre préalable des magistrats, a intenté une action à l'administration du workhouse, qui a été condamné. A la suite de cette sentence, un certain nombre de workhouses ont ouvert leurs portes à leurs aliénés dont la foule s'est répandue dans la rue. Il fallait remédier sans retard à un état de choses compromettant pour la sécurité publique et le gouvernement n'a pas attendu, pour intervenir, l'élaboration complète de la loi. Un bill vient d'être introduit qui aura force de loi, pour régler définitivement l'admission des aliénés dans les workhouses. Elle sera soumise désormais aux formalités suivantes :

Les autorités locales pourront ordonner d'urgence le placement d'un aliéné dans un workhouse et le directeur de l'établissement sera tenu de le garder (à moins qu'il ne dispose pas d'une installation convenable) pendant un temps qui ne devra pas excéder trois jours. Avant l'expiration de ce délai, le juge devra sanctionner le placement du malade.

Toutes les fois qu'un aliéné sera dans le cas d'être interné dans un asile et que les juges penseront qu'il est utile de l'interner préalablement et d'urgence dans un workhouse, ils pourront ordonner ce placement. La durée de la détention dans le

©BIUM

workhouse ne devra pas dépasser quatorze jours, pendant lesquels les formalités légales seront remplies pour le transfert de l'aliéné à l'asile.

Des suicides en Angleterre et dans le pays de Galles (n° de juillet).

On trouve encore dans ce chapitre, la statistique des suicides en Angleterre et dans le pays de Galles. Il y a annuellement dans ces deux contrées plus de 1.900 suicides, soit une proportion de 70 pour un million d'individus. Les observations ont été faites pendant une période de vingt-trois ans, de 1861 à 1883. La plus forte proportion a été de 80, la plus faible de 61 par million d'habitants. L'accroissement a été très marqué de l'année 1861 (65) jusqu'à 1882 (74).

Le suicide est plus fréquent chez l'homme que chez la femme. Pendant les vingt-trois années d'observation, 22.954 hommes et seulement 8.022 femmes se sont donné la mort sur 1 million d'individus, les proportions des deux sexes ont été respectivement 105 et 35. Il y a eu donc exactement 3 hommes pour une femme. Au point de vue de l'âge, on a constaté que c'est entre cinquante-cinq et soixante-cinq ans que se produit le plus grand nombre de suicides. Enfin, c'est surtout chez les hommes que s'observe une tendance au suicide à devenir plus fréquente avec l'âge.

Discours présidentiel prononcé à la séance annuelle de l'Association médico-psychologique tenue à Cork; par M. le Dr Eames (n° d'octobre).

La séance annuelle s'est tenue, cette fois, en Irlande, et l'honorable aliéniste qui l'a présidée est le directeur d'un asile de district irlandais. On ne pourrait moins attendre de lui qu'une allocution riche de détails sur l'aliénation mentale dans l'île sœur.

Il examine d'abord la question, si diversement comprise partout, de l'accroissement des cas de folie et il n'hésite pas à l'admettre. Il y avait à l'asile de Cork en 1873, 687 aliénés; en 1883, ce nombre s'est élevé à 926. Un tel écart ne saurait s'expliquer que par une augmentation réelle du chiffre des aliénés, dans le pays.

Il importe de remédier au plus tôt à l'encombrement des asiles. L'orateur condamne absolument les workhouses et vou-

©BIUM

drait voir créer pour les incurables de grands établissements moins coûteux que les asiles ordinaires, placés sous le contrôle de l'administration des aliénés, dans lesquels ces derniers pourraient recevoir des soins médicaux.

M. Eames fournit ensuite quelques renseignements intéressants sur les asiles de son pays. Ils reçoivent surtout une population agricole; aussi ne réclament-ils pas le luxe qui est prodigué dans les établissements similaires en Angleterre et en Ecosse. Mais ils n'en sont pas moins installés dans des conditions excellentes au point de vue de l'hygiène et du confort. Les malades y sont favorisés de divertissements fréquents et variés. A Cork, quatre soirées dansantes sont données aux pensionnaires par semaine; 500 aliénés environ y sont admis et le Directeur de l'asile n'a qu'à se louer de cette pratique.

Au nombre des innovations introduites dans son établissement, il faut mentionner le bain turc qui, suivant M. Eames, serait trop rarement employé dans les maisons d'aliénés. A Cork, il est d'un usage journalier et remplace même le bain ordinaire pour la propreté des malades. Depuis deux ans, une vaste salle d'étuve, divisée en deux parties, a été construite pour les deux sexes et 250 malades y sont soumis journellement à la sudation et à la douche en pluie. Sans parler des ressources thérapeutiques qu'on peut obtenir du bain turc, on ne saurait contester que notre confrère n'ait trouvé là un moyen très heureux d'entretenir la propreté de ses malades, bien préférable aux rares ablutions dont ils doivent se contenter dans les autres asiles. Il est bien entendu qu'ils ne sont admis au bain turc que sous le contrôle médical et qu'un certain nombre d'aliénés pour lesquels il pourrait avoir des inconvénients, prennent des bains ordinaires.

L'amélioration du personnel préoccupe ensuite l'orateur. Il exprime le désir de voir bientôt tous les asiles d'Irlande pourvus d'un médecin adjoint. L'institution de l'adjuvat assure dans un asile le service régulier des observations médicales; elle a, en outre, l'avantage de former de jeunes aliénistes. Il voudrait que le salaire des gardiens fût augmenté et qu'ils pussent prendre leur retraite au bout de vingt-cinq ans, au lieu de quarante ans de service. Pour les attacher à l'asile, il propose de leur permettre de se marier et de leur accorder le logement pour leurs familles, dans un petit cottage extérieur à l'asile, qui leur sera loué pour une modique somme. Il veut enfin que les gardiens, qui quittent un asile, ne puissent pas être

©BIUM

admis dans un autre, sans un certificat émané du Directeur dont ils ont pris congé.

En terminant, M. Eames fait remarquer avec une fierté bien légitime que l'Irlande est en avance sur l'Angleterre pour l'enseignement de la médecine mentale. Il y est obligatoire et la science mentale fait partie des connaissances exigées à l'examen pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine devant l'Université royale. L'honneur de cette réforme revient au Dr O' Sullivan, président du collège de la Reine, qui obtint, il y a dix ans, des administrateurs de l'asile du district, avec la sanction gouvernementale, l'institution d'un cours professé par les directeurs de l'asile. Tout récemment enfin, l'Université royale d'Irlande vient d'encourager les études par la fondation d'une bourse de 50 livres pour une durée de trois ans. Cette bourse est obtenue par voie de concours, auquel peuvent se présenter tous les jeunes étudiants n'ayant pas plus de deux ans d'école. Les matières du concours comprennent le traitement des maladies mentales, les affections du système nerveux et la micrographie pathologique du cerveau et de la moelle. Le vainqueur choisit un établissement d'aliénés et s'engage à le fréquenter pendant six mois au moins comme interne ou externe.

Contribution à l'étude du système circulatoire chez les aliénés; par M. Duncan Greenlees (n° d'octobre).

Ce travail consciencieux, qui a été couronné par l'Association médico-psychologique de Londres, comprend une partie statistique et une partie pathologique. La première a été parfaitement résumée par l'auteur dans les conclusions suivantes :

Les affections cardiaques s'observent plus fréquemment chez les aliénés que chez les individus sains d'esprit.

Cette fréquence est en rapport, dans une certaine mesure, avec le nombre des affections cardiaques chez la population non aliénée, habitant les environs de l'asile où les observations ont été faites.

Les affections cardiaques sont plus fréquentes chez les aliénés, dans les pays où la proportion des aliénés aux individus sains d'esprit est plus considérable.

La distribution de ces maladies parmi la population saine d'esprit est en rapport avec la position géographique, les influences, diététiques et autres, qui agissent comme causes pré-

©BIUM

disposantes. Les mêmes conditions paraissent agir sur la production des affections cardiaques parmi les aliénés.

La différence numérique entre les maladies du cœur chez les aliénés et les sains d'esprit n'est pas très grande, puisqu'elles donnent lieu à une mortalité de 9,36 p. 100 chez les uns et de 8,72 p. 100 chez les autres.

Il résulte des observations faites à l'asile de Garlands que les affections cardiaques s'observent chez les 12,94 p. 100 des aliénés et qu'elles déterminent la mort chez 13,51 p. 100 des individus atteints. Aussi bien à l'admission qu'au décès, l'âge de la plupart des cardiaques a varié entre soixante et soixante-dix ans.

L'insuffisance mitrale pendant la vie, les lésions mitrales avec hypertrophie du cœur gauche à l'autopsie ont été les formes cliniques et pathologiques le plus fréquemment notées.

Les cœurs des aliénés sont plus lourds que ceux des individus sains d'esprit ; cette condition est surtout remarquable chez les paralysés généraux, où l'hypertrophie du cœur est communément observée.

Un grand nombre d'aliénés ont la circulation générale torpide et les extrémités froides, livides ou même gonflées. Ces phénomènes sont fréquents dans les formes chroniques ou avancées de la folie.

Les artères sont souvent altérées chez les aliénés, mais l'état athéromateux ne paraît pas se montrer chez eux prématurément. Toutefois, on constate chez les paralysés généraux, l'épaississement des tuniques artérielles et même l'athérome à une époque indépendante de l'âge du malade. La production de ces lésions est plutôt en rapport avec l'ancienneté de la maladie.

Chez les individus sains d'esprit, les affections du cœur paraissent exercer une influence notable sur les facultés, en modifiant le tempérament et le caractère des malades. L'impression peut être assez profonde pour que l'état psychique qui en résulte constitue une véritable aliénation. Les affections cardiaques n'altèrent pas seulement le type et les conceptions délirantes de la folie, mais il existe certains cas où la seule cause prédisposante appréciable du trouble mental est la lésion du cœur ou un trouble fonctionnel de la circulation. Dans ces cas, il ne faut pas hésiter à reconnaître cette lésion comme la cause de l'aliénation mentale.

Dans la seconde partie de son mémoire, M. Duncan Green-

©BIUM

lees recherche les altérations histologiques des vaisseaux dans la démence, le déclin sénile, l'épilepsie, la paralysie générale, la folie paralytique et la folie circulaire. Bien que cette étude ne porte que sur un nombre restreint de cas et qu'elle n'ait pas conduit notre confrère à des résultats bien décisifs, on y trouve néanmoins des renseignements intéressants sur l'anatomie pathologique de quelques espèces mentales.

Dans la paralysie générale, les artères sont légèrement tortueuses. L'épaississement de leur paroi est principalement dû à l'hypertrophie de la tunique musculaire. La gaine adventice, qui présente une prolifération de ses noyaux, adhère lâchement au vaisseau ; elle s'en sépare aux angles de bifurcation, en laissant un intervalle considérable. Sur les deux parois de cette tunique, surtout au niveau de ses angles, se voient de petits corpuscules pigmentés et des globules graisseux. Enfin, les espaces péri-vasculaires sont énormément distendus et leurs contours sont mal définis.

M. Greenlees établit une distinction entre la paralysie générale et la folie paralytique. Chez un malade paralysé (?), alité par intervalles depuis plus de trois ans, et qui présentait à l'autopsie les adhérences méningées classiques, le cerveau était le siège d'autres lésions qui lui ont paru spéciales. A la surface de la tunique adventice se voyaient de petits cristaux calcaires. Cette tunique s'appliquait exactement sur le vaisseau, excepté aux points de bifurcation, où elles formaient un pont laissant un intervalle triangulaire contenant du pigment et de la graisse. La musculaire était hypertrophiée et avait subi la régression graisseuse.

La démence sénile offre comme lésions principales : la distension des espaces périvasculaires abondamment remplis de granules de pigment ; l'aspect irrégulier, en ligne brisée, du vaisseau qui présente, entre sa tunique musculaire et adventice, des dépôts calcaires brillants. Si on examine l'artère dans le sens longitudinal, l'on trouve par places, sur la tunique interne, des dépôts de corps granuleux de nature indécise se colorant par le carmin. Sur les coupes transversales, on voit la tunique musculaire hypertrophiée ; le calibre du vaisseau est amoindri et la tunique interne a un aspect ondulé caractéristique.

Chez les épileptiques, les lésions observées sont celles de la congestion cérébrale ancienne et prolongée. Il n'y a donc pas lieu d'y insister. L'auteur résume, à la fin de son travail, une

©BIUM

observation de folie circulaire qui s'est terminée par la mort. Dans les huit derniers jours, cet homme a présenté les phénomènes suivants. Après un accès d'agitation, il est devenu stupide et sa démarche a été chancelante. Son état s'est aggravé rapidement et il a eu des attaques épileptiformes qui ont eu pour effet d'augmenter la paralysie et de déterminer une élévation de la température. En dernier lieu, on a observé la suppression des réflexes et la dysphagie. A l'autopsie, les lésions macroscopiques étaient insignifiantes et consistaient seulement dans l'épaisseur anormale du crâne, la congestion des méninges, l'opacité de l'arachnoïde marquée surtout au niveau des circonvolutions pariétales, qui étaient atrophiées. Au microscope, on a constaté les lésions de la paralysie générale, et notre confrère déclare que le diagnostic des deux affections lui paraît impossible, jusqu'à ce qu'on ait complété par l'examen de la moelle l'étude pathologique de ces cas obscurs.

Sain d'esprit ou aliéné ; par M. le Dr Norton Manning (n° d'octobre.)

A. Barry est un malfaiteur des plus dangereux, récidiviste, qui a été récemment condamné à sept ans de servitude pénale pour crime d'incendie. Selon l'usage, il a été écroué préalablement dans une prison spéciale, pour passer dans l'isolement les neufs premiers mois de sa peine. Il n'y a pas fait un long séjour. Déclaré épileptique par le médecin, sur le témoignage des employés, il a été placé dans un quartier d'observation et transféré quelques jours après à l'asile d'aliénés criminel de Paramatta. Pendant toute la durée de l'observation, il n'avait pas eu d'attaques d'épilepsie, mais il avait présenté des troubles mentaux d'une forme spéciale qui avaient fait conclure à l'existence d'une folie épileptique, et le certificat qui l'avait envoyé à Paramatta était signé du médecin de la maison d'arrêt et du Dr Norton Manning, inspecteur des asiles de la Nouvelle-Galles du Sud et auteur de cette note.

A l'asile, le prisonnier en imposa tout d'abord pour un aliéné véritable. Il était sombre, spontanément agressif, et accusait des conceptions délirantes caractéristiques. Il prétendait, par exemple, que ses habits étaient empoisonnés.

Au bout de quatre mois, on le voyait plus calme et plus traitable et l'on commençait à concevoir sur la sincérité de son trouble mental des doutes d'autant mieux justifiés qu'il était

©BIUM

raisonnable et expansif avec les malades tranquilles et qu'il se tenait sur la réserve vis-à-vis des surveillants. Avec le médecin, il avait la même attitude suspecte et accusait toute espèce de délires. Il dormait bien, d'ailleurs, et continuait à ne pas avoir d'attaques d'épilepsie. L'inspecteur le vit. Il se donna devant lui les apparences d'un dément et parut avoir perdu la mémoire. Peu de temps après cet examen, il faisait une tentative d'évasion qu'il avait préparée depuis plusieurs jours avec une habileté consommée. Sa tentative a échoué à cause de sa corpulence, qui l'a empêché de franchir l'ouverture qu'il avait ménagée à sa fenêtre. Déclaré simulateur, cet homme a été renvoyé à la prison. Trente heures après son incarcération, il s'est pendu.

Cette terminaison fatale était faite pour donner des regrets au médecin qui s'était montré sévère. Néanmoins, les circonstances dans lesquelles s'est accompli le suicide font naître des doutes sur la véritable nature de cet acte. Barry a fait deux tentatives pour se pendre. La première fois, il occupait une cellule étroite en compagnie de deux autres détenus. C'est aux premières heures de la soirée, et non au milieu de la nuit, qu'il a passé à son cou la corde de son hamac. Le bruit qu'il a fait devait forcément attirer l'attention de ses camarades, et il a pu être secouru à temps. Le lendemain matin, il était convaincu d'imposture et mis au cachot pour y attendre la sentence du juge. Il y passe toute la journée dans le plus grand calme, prend ses repas de bon appétit et cause volontiers. Le soir à quatre heures un quart, on lui donne son hamac. A cinq heures un quart, on le trouve mort, pendu à la grille de sa cellule. Il y a lieu de supposer que cette nouvelle tentative, qui a malheureusement abouti, était aussi peu sincère que la première. L'inspection des cachots, qui se fait réglementairement un peu avant cinq heures, avait été retardée de quelques minutes, et cette circonstance a été fatale à Barry, qui avait sans doute compté sur la tournée de l'inspecteur pour recevoir des secours.

Cet homme n'était pas aliéné. Il avait simulé une première fois l'épilepsie au cours de son procès, dans l'intérêt de sa cause; puis, dans sa prison, pour échapper aux rigueurs d'une détention pénible. Plus tard, il n'avait pas jugé prudent de simuler de nouvelles attaques. Il est douteux qu'il ait voulu en finir réellement avec la vie. Néanmoins, il faut regretter que son imposture n'ait pas été plus tôt mise en évidence et

©BIUM

que le médecin se soit contenté, dès le début, pour affirmer l'épilepsie, du témoignage des gens de service.

Cas de folie morale ou vice moral congénital, avec commentaires; par M. le Dr Hack Tuke (n° d'octobre).

C'est au cours de son voyage dans le Canada que le distingué directeur du *Mental Science* a recueilli cette observation et elle était vraiment digne de figurer dans ses notes. En effet, l'épithète de monstre peut s'appliquer rigoureusement à l'individu dont M. Tuke a écrit l'histoire. Nous la reproduisons dans ses principaux détails.

W. B... n'est pas dépourvu d'intelligence ; il a été favorisé d'une éducation moyenne, et cependant les mauvais instincts se manifestent chez lui avec une puissance effrayante et se traduisent parfois par des actes atroces. Il a quitté l'Angleterre dès son enfance, pour gagner le Canada avec sa famille. Il s'est montré de bonne heure sournois, paresseux et se distinguait par une tendance à torturer les animaux domestiques et à maltraiter les enfants de son âge. Un jour, il prend à l'écart son jeune frère, le déshabille et le frappe de verges, le menaçant de le tuer avec un couteau s'il pousse un cri. Sa victime est sauvée par l'intervention d'un voisin. Peu après, il est surpris saignant un cheval de valeur appartenant à une ferme des environs. Mis en goût par ce début, il entreprend de massacrer autour de lui le bétail et les volailles et il est condamné pour ces méfaits à douze mois de prison. A peine mis en liberté, il commet un nouveau crime. En dépit de la surveillance dont il est l'objet, il profite d'un instant où on l'a laissé seul avec son frère, un enfant à la mamelle, pour tenter de l'étouffer dans son berceau. Surpris à temps, il prend la fuite après avoir volé à son père une forte somme. Il est arrêté, jugé et condamné à sept ans. Pendant sa détention, sa situation paraît devoir changer. Sa défectuosité mentale devenant évidente, il est transféré de la prison à l'asile criminel. Malheureusement, ce n'est point la fin de son histoire. Par une inconcevable incurie, il est mis en liberté à l'expiration de sa peine.

Il gagne les Etats-Unis et s'engage dans un régiment de cavalerie. Mécontent du cheval qu'on lui a donné, il pousse la pauvre bête dans un marais, l'y abandonne, déserte et retourne chez ses parents. Il ne tarde pas à faire de nouveau parler de lui. Un jour, son père, en train d'éplucher des légumes, se fait à la main une entaille d'où le sang s'échappe abondamment. A

©BIUM

cette vue, W. B... pâlit. Pris d'une sorte de fascination, il s'enfuit et va égorger le cheval d'un fermier voisin. Il prend sa course à travers les bois, rencontre une jeune fille et la viole. Il est condamné à mort, mais sa peine est commuée en une détention perpétuelle. Il passe encore une fois de la prison à l'asile criminel. Après dix ans de séjour, il obtint sa grâce et il est de nouveau livré à lui-même.

Quelque temps après, il s'introduit dans un pâturage, prend un cheval, le lie à un poteau et se met en devoir de le mutiler en lui découpant par places certaines parties du corps. Il est acquitté pour cause d'aliénation mentale et séquestré à l'asile de Kingston, d'où il parvient à s'enfuir. Pendant son évasion, il tente de violer une jeune fille, sous les yeux des gardiens qui le poursuivent. On croira peut-être qu'il a été ramené à l'asile. Eh bien! non; l'Amérique fait autrement les choses. Il a passé en jugement et a été condamné à six mois de prison. Il était encore sous les verrous à l'époque du voyage de M. Tuke, et l'avenir réserve sans doute à ses concitoyens de nouvelles surprises. Dans l'intéressant commentaire dont il fait suivre sa relation, M. Tuke rappelle l'opinion du Dr Kerlin, qui est opposé à ce qu'on traite par la pédagogie les misérables de cette catégorie, l'instruction devant les rendre plus dangereux pour la société. Il affirme ensuite l'irresponsabilité absolue de ces dégénérés et montre combien il est injuste de les soumettre à une pénalité quelconque.

Cas divers de folie; par M. le Dr Percy Smith (n° d'octobre).

C'est d'abord deux observations de folie morale, mais non de ce type horrible que M. Tuke a décrit sous une forme si saisissante. Il s'agit ici de cette variété de perversion morale qui échappe à la répression du code et dont souffrent seulement les personnes qui font partie de l'entourage des malades. Le père et le fils ont été tour à tour observés par notre confrère. Ils passaient pour de vulgaires mauvais sujets et n'étaient que les victimes d'une hérédité vésanique, car on comptait dans leur famille un oncle aliéné, un autre oncle marié avec sa servante et père d'un simple d'esprit, de nombreux musiciens et artistes de génie. Sans entrer dans les détails, notons encore que la dominante psychique de ces deux aliénés était un défaut de jugement pour apprécier les conséquences d'un acte, un manque de volonté pour s'amender, malgré toutes les résolutions prises.

©BIUM

Le même médecin publie l'histoire de deux aliénés améliorés passagèrement dans le cours d'une phlegmasie locale. Le mieux n'a été que passager et les malades ont rechuté après la guérison de la complication chirurgicale. Le premier, qui était très agité, a eu un phlegmon de l'orbite qui a guéri et il est tombé ensuite dans la dépression. L'autre était un mélancolique suicideur qui avait tenté de s'ouvrir la gorge et eut consécutivement un abcès du larynx. Il reconnaissait alors l'inanité de son délire, mais il redevint sombre à mesure que sa blessure se cicatrisait.

M. Percy Smith publie encore une observation d'hystérie chez un jeune garçon de douze ans. Cet enfant avait fait en jouant une chute sur la tête. Il se plaignait de céphalée et de gêne dans la déglutition, mais il n'existait aucun symptôme grave faisant craindre une lésion cérébrale. On diagnostiqua une hystérie et le jeune malade, en effet, se rétablit parfaitement.

Deux cas de thrombose des sinus cérébraux; par M. le Dr Joseph Wiglesworth (n° d'octobre).

Les cas de thrombose cérébrale se divisent en deux catégories ; ceux de cause locale et ceux qui sont le résultat d'un vice constitutionnel. Les deux observations dues à M. Wiglesworth appartiennent à cette dernière catégorie. Le sujet de la première est une femme de trente-trois ans, morte douze jours après son admission. Très agitée au début, elle commence à s'affaisser, à partir du septième jour, et devient graduellement stupide. Elle a présenté ensuite les signes d'une pneumonie de la base; le pouls est devenu misérable et elle s'est éteinte sans autre symptôme. On a trouvé, à l'autopsie, les sinus longitudinal et latéraux obstrués par un caillot modérément ferme, décoloré en beaucoup de points et adhérent aux parois vasculaires. L'autre malade est âgée de cinquante-sept ans, atteinte de manie chronique. Trois semaines avant de mourir, elle a été prise de diarrhée, puis de broncho-pneumonie. Pendant les deux derniers jours, elle a présenté une inflammation de la parotide. On a constaté l'existence, chez ce sujet, dans toute la longueur du sinus longitudinal, d'un caillot organisé de date ancienne. Ce caillot s'étendait aux sinus latéraux, aux sinus pétreux, et aux grosses veines qui se déversent dans le sinus longitudinal. La parotide était infiltrée de pus. Une petite veine de cette glande était envahie par un thrombus. La veine jugulaire étant intacte,

©BIUM

on s'est demandé si on n'était pas en présence d'un phénomène métastatique.

Affections cérébrales d'origine traumatique; par M. le Dr Julius Mickle (n° d'octobre).

Notre savant confrère publie sous ce titre deux observations qu'il a lues à la séance annuelle de l'Association médicale anglaise et que nous résumons très brièvement.

1° H. V..., cultivateur, cinquante-sept ans, marié — fracture compliquée du crâne datant de plusieurs années, siégeant au niveau de la suture sagittale, deux pouces en avant de la réunion de cette suture avec la suture lambdoïde — incapacité mentale consécutive — conceptions délirantes : croit qu'un homme se cache sous son lit, veut tuer sa femme ; — plus tard convulsions, et aggravation de l'état mental après une attaque, dix jours avant l'admission. — A l'asile, convulsions toniques fréquentes affectant le membre supérieur droit et, à un degré moindre, les deux membres inférieurs — parésie droite consécutive — réflexes rotuliens nuls — paraphasie — surdité des mots (d'une appréciation difficile à cause de la démence) — alternatives de légère amélioration et de stupeur ; — mort trois mois après l'admission.

Autopsie : adhérences cérébro-méningées au niveau du girus rectus et de la circonvolution marginale des deux côtés, à la partie inférieure de la circonvolution centrale antérieure et à l'insula gauche — atrophie de l'hémisphère cérébral gauche, marquée surtout au lobe frontal.

2° J. W. T..., horloger, quarante-sept ans, marié — a reçu, il y a deux ans, une pierre sur la tête, dans la région frontale latérale et un peu au-dessus de l'oreille — commotion cérébrale ayant nécessité trois semaines de séjour au lit — contracte une pneumonie six mois plus tard. — Après un an, la mémoire et la vue se perdent ; il devient nerveux et insomne — conceptions délirantes bizarres, collectionne des objets sans valeur, cherche des sommes d'argent imaginaires ; idées de persécution — agressif, tendances au suicide — augmentation de l'appétit. — A l'admission, démence profonde, affaiblissement physique, cécité — embarras de la parole, tremblement de la langue, déglutition difficile, gâtisme — mort de pneumonie, dix-huit jours après son entrée.

Autopsie : atrophie cérébrale localisée aux fronto-pariétales — adhérences méningées occupant la base du cerveau et la

©BIUM

région médiane des hémisphères, marquées surtout aux circonvolutions orbitaire, marginale et unciforme. Ce cas peut être considéré comme une transition entre la paralysie générale et la méningite chronique.

Procès en séquestration arbitraire (n° d'octobre).

Le Dr Hatherley, accusé d'avoir fait séquestrer miss Neave, a été acquitté par les juges et notre confrère déplore, à cette occasion, la facilité avec laquelle des poursuites sont exercées contre les médecins. Un médecin qui se trompe de bonne foi ne doit pas être inquiété. Telle a été d'ailleurs l'opinion exprimée par le juge lui-même, qui reconnaît que cet abus finirait par conduire tous les médecins éclairés à refuser leur concours dans toute expertise d'aliénation mentale.

Le second procès nous a déjà occupé dans la dernière analyse. Les magistrats de Lewes qui ont fait interner un peu trop sommairement M. Hillman, seront jugés en dernier ressort par la Chambre des Lords et les assises n'ont retenu que le médecin signataire du certificat, M. le Dr Crosskey. Cette fois encore, le procès s'est terminé favorablement, mais les débats ont présenté une particularité assez piquante qui n'est d'ailleurs pas rare dans le Royaume-Uni. Des médecins distingués ont soutenu devant le tribunal des opinions entièrement opposées. L'accusation et la défense étaient dignement représentées : d'un côté MM. Worthington, Williams et Newth, de l'autre, MM. Maudsley et Savage. Hâtons-nous de dire toutefois que leur désaccord s'explique très bien. Ils avaient observé le plaignant à des époques différentes et les conclusions qu'ils ont présentées sont absolument légitimes de part et d'autre.

Dr Pons.

©BIUM

JOURNAUX HOLLANDAIS

Psychiatrische Bladen (1).

ANNÉE 1883.

De l'accroissement de la population des asiles hollandais; par le Dr Van Cappelle, de la Haye.

Sous ce titre, le Dr Van Cappelle décrit les phases diverses par lesquelles a passé la population des asiles hollandais depuis la promulgation de la loi du 29 mai 1841, due en grande partie à l'initiative de Schrœder van der Kolk et Frith. Il étudie les causes diverses de son accroissement et publie des statistiques très complètes et très intéressantes. Il résulte de ses recherches que la population totale des aliénés traités dans les asiles de la Hollande s'élevait seulement à 973 en 1844; qu'en 1860 elle atteignait le chiffre de 2,133, en 1880 le chiffre de 4,289, et 4,533 en 1882.

La création de nouveaux asiles, Bloemendal en 1849, Francker en 1851 et Rosmalen en 1870 a permis de subvenir en partie aux besoins de cet accroissement, dont les principales causes doivent être recherchées dans la facilité beaucoup plus grande des communications, les subventions des communes pour le traitement des aliénés et l'accroissement de la population du royaume qui s'est augmentée dans la proportion de 114.

En 1844, sur une population totale de 2,988,172 habitants, il n'y avait de traité dans les asiles qu'un aliéné sur 3,071 habitants, en 1882; sur une population totale de 4,114,015 habitants, il y a eu de traité dans les asiles 1 aliéné sur 907 habitants. Si on admet que la moyenne ordinaire comporte 1 aliéné sur 500 individus sains, on se rendra facilement compte de tous les desiderata auxquels il reste encore à parer, malgré la construction projetée d'un asile dans les anciens bâtiments de la marine royale à Medenblick. L'auteur dans son travail relate toutes les difficultés administratives auxquelles la création de cet asile a donné lieu, il regrette amère-

(1) Cette publication exclusivement destinée à la médecine mentale paraît chaque année en 4 fascicules, dont le 1er a été publié en janvier 1883.

©BIUM

ment cet état d'encombrement général et défend avec chaleur et conviction la cause des malheureux aliénés.

Des « Lacunæ venosæ » de la dure-mère; par le Dr Wellenberg, médecin en chef de l'asile d'Utrecht.

L'auteur fait l'historique des divers travaux qui ont été faits relativement à la structure anatomique et au rôle physiologique des lacunes de la dure-mère dont l'existence est, à son avis, indispensable à la formation des granulations de Pacchioni. Il discute et combat la théorie des deux anatomistes Suédois, Key et Retzius, relativement à une communication par transsudation entre le contenu de ces lacunes et celui des granulations de Pacchioni.

D'après Wellenberg, lorsque sous un excès de pression le liquide céphalo-rachidien est refoulé dans l'espace sous-arachnoïdien, il amène une tension plus considérable de l'arachnoïde et du feuillet viscéral de la dure-mère. Or, ces membranes distendues rencontrant aux endroits où existent les lacunes de la dure-mère un point moins résistant, feront saillie dans l'intérieur des lacunes, elles y feront en quelque sorte hernie, et, en refoulant par leur accroissement progressif le feuillet pariétal de la dure-mère, elles constitueront définitivement les véritables granulations de Pacchioni.

Les lacunes de la dure-mère, en favorisant la production d'un diverticulum destiné à contenir l'excès du liquide céphalo-rachidien, jouent donc un véritable rôle de sûreté, d'où le nom de lacunes de sûreté que Wellenberg propose de leur donner.

L'auteur admet par suite un rapport direct de cause à effet entre des congestions cérébrales fréquemment répétées et la production d'un grand nombre de granulations de Pacchioni, qui peuvent dépasser le chiffre de 300, ainsi qu'il a pu le constater à l'autopsie d'un épileptique. Si ces granulations n'existent pas chez l'enfant, c'est que l'union des deux feuillets de la dure-mère est tellement intime chez lui, qu'elle empêche la formation des lacunes et par suite rend beaucoup plus difficile l'équilibre de pression des liquides intracrâniens, d'où la gravité beaucoup plus grande chez l'enfant des moindres congestions cérébrales.

Réunion de la Société Hollandaise de psychiatrie, le 17 octobre, à Utrecht.

Le Dr Donkersloot, de la Haye, communique à la Société

©BIUM

quatre observations de sujets atteints d'idées délirantes fixes, et isolées (dwangroorstellengen), obsession mentale. Discussion à ce sujet. Discussion relative à la nécessité de la création d'asiles ayant des annexes destinés au traitement des maladies nerveuses : Vanderlith et van Cappelle. Le Dr de Snoo de Meeremberg publie l'observation d'un malade ayant avalé vingt-huit dominos et autres objets. Le Dr Westeneng, d'Hertogenbosch, en relatant trois cas de paralysie générale survenus chez des employés de chemin de fer, demande s'il n'existe pas un rapport de cause à effet entre cette profession et la paralysie générale.

« *Encephalitis chronica arenosa;* par le Dr de Snoo. »

Sous ce titre le Dr de Snoo, de l'asile de Meeremberg, relate l'observation de lésions cérébrales observées à l'autopsie d'un homme de trente-huit ans, devenu épileptique à l'âge de trente ans.

Les lésions occupaient la première et la deuxième circonvolutions frontales gauches et le tiers supérieur de la frontale ascendante, la moitié antérieure de la circonvolution du corps calleux et les deux tiers antérieurs du corps calleux. A droite, elles ne se manifestaient extérieurement que sur une partie de la circonvolution du corps calleux. Dans la profondeur de l'encéphale, elles atteignaient des deux côtés les parties latérales des noyaux caudé et lenticulaire, ainsi que la capsule interne qui les sépare.

Les parties lésées offraient une dureté anormale, avec effacement presque complet des sillons qui séparent les circonvolutions. D'une coloration blanc mat, elles offraient l'aspect de l'argile blanche. Cette dureté anormale, qui faisait crier les tissus sous le scalpel, était due à de petites capsules jaunâtres visibles à l'œil nu. L'examen microscopique de ces capsules à un grossissement de trois cents permettait de voir qu'ils étaient formés de petits disques ayant des couches concentriques, les plus grands avaient deux ou plusieurs noyaux. Malgré le tassement de ces corpuscules dans le réseau fibrillaire du tissu nerveux, ce dernier n'avait pas subi de bien grandes altérations de structure.

Historique des théories de l'hallucination ; par le Dr Van der Kroon.

Sous ce titre, le Dr P.-J. Van der Kroon, médecin de l'asile de Coudewater de Rosmalen, publie un travail des plus com-

©BIUM

plets et des plus intéressants relativement à toutes les théories qui ont prévalu dans l'antiquité, au moyen âge et aux époques les plus modernes relativement à l'hallucination. Dans ce travail de longue haleine et qui fait preuve d'une très vaste érudition, le Dr Van der Kroon a condensé les travaux français, allemands, anglais et hollandais, d'une façon à la fois si complète et si étroite, que sa publication est susceptible d'une traduction bien plus que d'une simple analyse. Cette dernière, en effet, si succincte qu'elle puisse être, dépasserait évidemment les limites assignées par les *Annales médico-psychologiques* aux comptes rendus des publications étrangères.

Début de la paralysie générale; par le Dr Brosius, médecin-directeur de l'asile de Bendorff.

L'auteur étudie principalement, dans cet article, les bizarreries du caractère, les troubles de la parole, de la motilité et les divers troubles oculaires qui doivent mettre le médecin en garde contre l'imminence de la paralysie générale. Ce travail est accompagné de deux observations personnelles; dans l'une d'elles, la paralysie générale fut précédée par de l'amblyopie, des vertiges et des attaques d'épilepsie.

Étude psychiatrique de l'état mental de J.-Jacques Rousseau; par le Dr Donkersloot, de La Haye.

Après avoir nettement établi le contraste existant entre la vie intellectuelle et la vie morale de Jean-Jacques qu'il suit pas à pas dans les principaux actes de sa vie, l'auteur conclut à l'existence, chez lui, de la folie morale, moral insanity. Il établit deux catégories de folie morale : 1° celle dans laquelle le malade est incapable de se diriger lui-même par suite de l'absence de volonté morale, et 2° celle où ce manque de direction provient de ce qu'il ne saurait discerner le bien d'avec le mal. C'est dans la première catégorie que l'auteur range avec Arndt J.-J. Rousseau. Les nombreuses idées délirantes de persécution dont J.-J. a donné maintes preuves, ne sont considérées par l'auteur que comme un des symptômes de sa moral insanity.

Altérations des pédoncules cérébraux dans les affections cérébrales atrophiques; par le Dr P. Wellenbergh, médecin en chef de l'asile d'Utrecht.

Ire *partie.* — Après avoir longuement et clairement exposé les théories de Meynert, relativement aux attributions anato-

©BIUM

miques et physiologiques des parties qui forment le pédoncule cérébral *pes* et *tegmentum*, et après avoir relaté les diverses recherches qui ont amené Meynert à considérer le pes comme étant le faisceau conducteur des mouvements conscients et le tegmentum comme étant le faisceau conducteur des mouvements inconscients, l'auteur publie une très intéressante observation qui lui est personnelle et qu'il rattache aux idées émises par Meynert. La malade qui en fait l'objet était une imbécile, sujette à de nom breuses attaques d'épilepsie et morte à la suite de ces dernières à l'asile d'Utrecht. Elle présentait de l'asymétrie faciale et crânienne et une contracture permanente du membre supérieur droit avec légère parésie du membre inférieur du même côté.

A l'autopsie on constata que l'hémisphère gauche était d'un tiers plus petit que l'hémisphère droit. A la partie externe de cet hémisphère atrophié, on remarquait une dépression considérable, en forme d'S, placée immédiatement en arrière de la pariétale ascendante et traversée, dans sa partie médiane, par le sillon interpariétal. Le corps strié (noyau caudé et noyau lenticulaire) était réduit aux deux tiers de son volume normal. Les couches optiques et les tubercules quadrijumaux avaient, au contraire, leur volume et leur structure habituelles. Le pédoncule cérébral était atrophié, mais l'atrophie n'atteignait que le pied du pédoncule ou pes, tandis que le tegmentum était normal. Cela viendrait, d'après l'auteur, confirmer les idées de Meynert qui regarde les faisceaux nerveux émanant du tegment tum comme destinés aux couches optiques. Ces dernières étant intactes, il devait en être de même du tegmentum.

Apport de chaque province du royaume à la population des asiles ; par le Dr Van Cappelle.

L'auteur publie une statistique décennale des aliénés fournis par chaque province aux asiles. Cette statistique comprend les années 1850, 1860, 1870 et 1880. Il résulte de ce travail que c'est dans la province d'Utrecht que la population des aliénés s'est le plus accrue, elle était en 1850 de 5,42 pour 1,000 habitants, en 1880, elle atteignait 16,4 pour le même chiffre d'habitants. Ce sont les provinces de Zélande qui ne possè dent pas encore d'asile et celles de Groningue et Drenthe où la création d'établisssments spéciaux devient de plus en plus urgente.

©BIUM

A la mémoire du Dr B.-H. Everts, ancien directeur de l'asile de Meerenberg; par le Dr Van Persijn, directeur-médecin en chef de Meerenberg.

L'auteur relate les principaux faits qui ont marqué l'existence du Dr Everts. Né à Amsterdam en 1810, Everts, étant étudiant à Leyde, s'engagea dans les chasseurs de Leyde pour faire la campagne de Belgique, ce qui lui valut la décoration de la croix de métal. Reçu docteur en 1834, il devint, en 1844, médecin à l'asile de Meerenberg. C'est à cette époque que le Dr Everts, après avoir visité les asiles de l'étranger et particulièrement étudié, en Écosse, le système du no-restraint, importa le premier, sur le continent, ce nouveau mode de traitement et le fit appliquer à Meerenberg. Outre ses brillantes relations, c'est là le principal titre de gloire du Dr Everts qui, malgré ses éminentes qualités, ne produisit que peu de travaux scientifiques.

Réunion de la Société hollandaise de psychiatrie à Driebergen; 7 *juin* 1883.

Discussion relative à différentes observations de jalousie conjugale poussée à un degré extrême et méritant la dénomination de folie jalouse (Brosius, Donkersloot et Wellenbergh). —Considérations relatives à l'anxiété précordiale et à son étiologie. Son point de départ probable dans les centres intellectuels; observations (Donkersloot). Hyperesthésies localisées le long de la colonne vertébrale et coïncidant avec avec l'anxiété précordiale (Van der Lith et Tellegen).

Les semi-aliénés; par le Dr Wellenbergh.

Sous ce titre, le Dr Wellenbergh décrit, d'après Ball, les diverses catégories d'individus qui se trouvent à la frontière de la folie. Il n'accepte pas la catégorie des impulsifs, mais il est d'accord avec l'auteur français pour considérer les semi-aliénés comme des êtres éminemment dangereux, tant au point de vue social, qu'au point de vue de la fausse appréciation que leurs rapports exagérés et mensongers font naître dans le public vis-à-vis de tout ce qui se passe dans les asiles.

Rapport médico-légal relatif à une tentative de parricide; par les Drs Van Andel et H. Groskamp.

L'accusé, un ouvrier agricole, s'étant rendu au domicile de sa mère, avait déchargé sur elle sans l'atteindre un fusil qu'il avait

©BIUM

brusquement décroché de la muraille. L'inculpé avait autrefois manifesté des idées de persécution; il se croyait poursuivi par des ennemis imaginaires et accusait à cette époque sa mère ainsi que d'autres parents d'avoir provoqué chez lui des maladies, grâce à des aliments empoisonnés qu'elle lui aurait fait manger.

Après avoir longuement étudié l'état mental de l'inculpé, ses négations intéressées, et tout l'ensemble de son attitude, les Drs Van Andel et Groskamp le considèrent dans leur rapport comme étant d'un niveau inférieur au point de vue intellectuel et moral, mais non aliéné et n'ayant pas agi sous l'influence d'un état d'aliénation mentale. — Malgré ces conclusions, la Cour de Arnhem acquitta l'inculpé.

Altérations des pédoncules cérébraux dans les affections cérébrales atrophiques; par le Dr P. Wellenbergh.

2me *Partie.* — L'auteur mentionne les travaux de Turck, Flechsig et Charcot, qui ont apporté dans l'étude de l'hémiatrophie et de l'hémiagénésie cérébrale une véritable révolution.

Après avoir mentionné les belles découvertes de Charcot relativement aux lésions sclérotiques en forme de triangle occupant le tiers moyen du pied du pédoncule cérébral, il cite quatre observations plus ou moins précises ou complètes empruntées d'ailleurs à la littérature médicale et dans lesquelles des lésions en foyer atteignaient le tiers interne du pied du pédoncule. De ces quatre observations l'auteur déduit un ensemble de symptômes, qu'il croit pouvoir citer et regarder comme propres aux lésions du tiers interne du pied du pédoncule.

Les connaissances anatomiques encore si imparfaites du tegmentum expliquent l'impossibilité dans laquelle se trouve l'auteur de donner, comme pour le pied du pédoncule, un ensemble symptomatique propre aux lésions ayant leur siège exclusif dans cette partie du pédoncule cérébral.

L'auteur termine son travail par une revue très complète et très intéressante des diverses opinions émises par les auteurs français et allemands relativement aux causes et aux caractères propres à l'hémiatrophie cérébrale, qui amène naturellement à sa suite des atrophies ou des anomalies des pédoncules cérébraux correspondants. Il relate d'une façon spéciale les travaux de Cazauvielh, Cruveilhier, Lallemand, Andral, Schrœder Van der Kolk, Rokitansky, Cotard et Wernicke, et mentionne les

©BIUM

plus récentes recherches ayant pour objet la structure anatomique du tegmentum.

Réunion de la société hollandaise de psychiatrie à Utrecht (octobre 1883).

Le Dr Tellegen, médecin de l'asile de Coudewater, ouvre la discussion relativement à la paralysie générale en Hollande.

Cette discussion est précédée par un exposé historique aussi complet que possible de l'état actuel de la science vis-à-vis de la paralysie générale. Entre autres diverses idées que le Dr Tellegen émet d'une façon magistrale, il y a lieu de citer particulièrement son opinion personnelle relativement à la curabilité de la paralysie générale. Tellegen considère les cas de curabilité comme étant moins rares qu'on ne le croit communément ; pour autant, bien entendu, que l'on considère un cerveau guéri de la paralysie générale, comme on considère un poumon guéri de la phtisie ou bien une plèvre guérie de la pleurésie, c'est-à-dire n'ayant pas, quoique guéri, récupéré dans toute sa plénitude une absolue intégrité de structure et de fonctions.

Le Dr Van der Swalme communique à la société un tableau statistique, très complet et très intéressant, de tous les cas de paralysie générale observés par lui à Delft depuis 1865. Dans cette longue période de temps, il ne lui fut donné d'observer que deux cas de paralysie générale chez la femme. Cette rareté de la paralysie générale chez les femmes hollandaises est encore confirmée par les assertions du Dr Donkersloot qui affirme n'avoir eu à soigner pendant vingt ans de pratique qu'une seule femme atteinte de paralysie générale, et par celles de Van der Lith qui dit n'en avoir jamais observé que six cas.

Le Dr Van Persijn cite deux cas de guérison bien réelle. Dans l'un la guérison est survenue à la suite d'un traitement par les frictions avec la pommade d'Autenrieth, dans l'autre elle fut consécutive à l'apparition d'un vaste anthrax. Van Cappelle cite pour mémoire que la paralysie générale est inconnue parmi les Javanais. — Cette question de la paralysie générale en Hollande sera reprise dans les séances ultérieures de la Société.

Dr Germain Cortyl.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique ; par le Dr Bernheim, professeur à la Faculté de médecine de Nancy. 1 vol. in-18, de 420 p. Octave Doin, éditeur, 1886.

Ce livre se compose de deux parties, une partie théorique et une partie clinique.

Dans la première, le professeur Bernheim nous donne une seconde édition, revue et notablement augmentée, du mémoire qu'il a publié en 1882 sous ce titre : *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille*, et qui a eu un si légitime retentissement. La suggestion, c'est-à-dire « la pénétration de l'idée du phénomène dans le cerveau du sujet par la parole, le geste, la vue, l'imitation », a paru à M. Bernheim la clef de toutes les manifestations hypnotiques qu'il a observées : de là le titre de son livre. Par la suggestion, on arrive à inculquer aux individus qui s'y soumettent, l'idée de dormir et presque tous s'endorment d'un sommeil qui ne se distingue par rien d'essentiel du sommeil naturel et qui peut se diviser en six degrés, depuis une simple torpeur passive jusqu'au somnambulisme profond avec amnésie au réveil.

Si, dans cette conception de l'hypnotisme, il n'y a pas de place pour les trois périodes décrites par M. Charcot, c'est que jamais, sur aucun de ses sujets, l'auteur n'a pu les réaliser. « Une seule fois, dit-il, j'ai vu un sujet qui réalisait à la perfection les périodes : léthargique, cataleptique, somnambulique. C'était une jeune fille qui avait passé trois ans à la Salpêtrière; et l'impression que j'en ai conservée, pourquoi ne pas le dire ? c'est que, soumise par les manipulations à une culture spéciale, imitant par suggestion inconsciente les phénomènes qu'elle voyait se produire chez les autres somnambules de la même école, dressée par imitation à réaliser des phénomènes réflexes dans un certain ordre typique, ce n'était plus une hypnotisée naturelle ; c'était bien une névrose hypnotique suggestive. » Sans vouloir diminuer en rien la puissance qu'il convient d'accorder à la suggestion, il nous semble excessif de l'invoquer

©BIUM

comme étant l'unique cause de phénomènes manifestement liés à la diathèse hystéro-épileptique, et dont la production est fort rare, même à la Salpêtrière, ce qui, sans doute, ne serait pas, s'il s'agissait de manifestations purement suggestives. D'ailleurs les trois périodes hypnotiques n'ont pas été observées seulement à Paris, mais aussi à Brest, à Rochefort, à La Rochelle, à Grenoble, à Bordeaux, par les médecins les plus divers, chez les sujets qui n'avaient certainement pas assisté aux expériences de la Salpêtrière.

Cette unique réserve une fois faite, nous ne saurions trop louer la science tour à tour ingénieuse et profonde qui remplit ces deux cents pages d'un style clair, rapide, attrayant; divisées en neuf chapitres, où sont successivement traitées toutes les questions qu'embrasse l'hypnotisme étudié chez les sujets sains : procédés pour obtenir le sommeil, suggestions de toute espèce, altérations de la sensibilité et de la motilité, catalepsie, paralysies, illusions et hallucinations positives, négatives, rétroactives, à longue échéance, etc., etc.

Dans un long chapitre plein d'intérêt, l'auteur expose ses idées sur l'interprétation des faits de suggestion. Il montre qu'à l'état normal, il se passe dans l'individu une foule de phénomènes analogues à ceux que détermine la suggestion hypnotique. Que d'actions ont lieu en nous à l'insu de la volonté et de la conscience! Que d'idées nous sont inculquées malgré nous et même à notre insu, en vertu de notre tendance naturelle à la crédivité et à l'imitation! Les faits hypnotiques sont de même ordre, car la nature ne déroge pas; ils sont seulement plus accentués, par suite de la parésie de l'activité psychique volontaire. La suggestion en effet agit par inhibition et dynamogénie, conformément à la théorie de Brown-Séquard, et son mécanisme peut se résumer dans la formule suivante : accroissement de l'excitabilité réflexe idéo-motrice, idéo-sensitive, idéo-sensorielle. Ce chapitre se termine par des aperçus extrêmement originaux sur les souvenirs latents, sur les causes probables de l'amnésie au réveil, sur les modifications que subit l'état de de conscience pendant l'hypnose, et sur la manière dont se produisent les hallucinations à longue échéance.

Des chapitres consacrés à l'étude de la suggestion à l'état de veille, à l'historique complet de la question et aux applications multiples de la doctrine de la suggestion, complètent cette première partie de l'ouvrage, qui constitue un véritable traité de l'hypnotisme chez les sujets sains.

©BIUM

La seconde partie, intitulée : *De la suggestion appliquée à la thérapeutique*, se compose de deux chapitres. Après avoir fait une large esquisse de la médecine d'imagination à travers les siècles, rappelé l'action psychique des talismans, des amulettes, les pratiques des guérisseurs, des toucheurs et des magnétiseurs, les guérisons miraculeuses, les succès de Braid et Liébeault par les manœuvres hypnotiques, M. Bernheim fournit soixante et onze observations originales de maladies les plus diverses, guéries ou améliorées par la suggestion : affections organiques du système nerveux, affections hystériques et névropathiques, névroses, paralysies dynamiques, douleurs, affections gastro-intestinales et rhumatismales. C'est naturellment dans les affections purement dynamiques du système nerveux que les guérisons ont été les plus nombreuses, mais il y a eu aussi des succès complets dans les troubles nerveux à distance, liés à des lésions organiques. « J'ai le droit d'affirmer, m'appuyant sur de nombreux faits, dit en terminant M. le professeur Bernheim, que la thérapeutique suggestive existe. » Ce sera l'avis de tous ceux qui liront ce livre, où tout est simple, clair, démonstratif, où, au lieu d'hypothèses nuageuses et de vaines discussions métaphysiques, on trouve des faits, toujours des faits. C'est bien véritablement là l'œuvre d'un maître en clinique, ingénieux et consommé.

Dr A. Cullerre.

Étude sur les aliénés persécuteurs ; par le Dr Paul Pottier. Broch. in-8°, Paris 1886, Asselin et Houzeau, éditeurs.

Dans un court historique, M. Pottier rappelle d'abord que Pinel et Esquirol, dans leur théorie sur les monomanies, avaient décrit, comme une d'entre elles, la lypémanie ou mélancolie, groupe beaucoup trop vaste duquel les auteurs postérieurs ont détaché des variétés cliniques bien distinctes. C'est ainsi qu'ont été étudiées depuis séparément la mélancolie anxieuse, la stupeur mélancolique, avec ou sans délire, la simple dépression mélancolique, etc.; mais une de ces entités les plus indiscutables a été décrite par Lasègue en 1852, dans les *Archives de médecine*, et par Legrand du Saulle, en 1871 : c'est le délire des persécutions. En étudiant les malades affectés de cette dernière vésanie, on a établi que tantôt les persécutés subissaient, sans

©BIUM

réagir, leurs hallucinations douloureuses : ce sont les *persécutés passifs* ; d'autres, au contraire, se révoltaient et cherchaient à se venger de leurs prétendus ennemis ; ce sont les *persécutés actifs*, auxquels on donna le nom de *persécutés persécuteurs*.

Après s'en être tenu tout d'abord à cette appellation générale, on remarqua, plus tard, que certaines observations, qu'on avait groupées ensemble grâce à cette rubrique de persécuteurs, différaient notablement par le mode de début, la marche et la terminaison de la maladie et même par l'état mental du malade suivi pendant toute son existence. Il fallait donc remplacer cette expression de persécutés persécuteurs par celle d'aliénés persécuteurs, que M. Pottier a mise en tête de son travail, dans lequel il étudie, d'une façon complète, les malades dignes de l'épithète précédente.

Il n'y a, ou du moins M. Pottier ne cite que deux sortes d'aliénés qui arrivent à cette phase de persécution active s'exerçant sur les personnes de l'entourage ou de la connaissance du malade : ce sont les persécutés proprement dits ou délirants chroniques, et les dégénérés. M. Pottier les étudie successivement, s'attachant à faire ressortir les différences capitales qui les distinguent au point de vue symptomatique.

Les premiers présentent un délire qui se déroule sous les yeux du clinicien toujours avec les mêmes périodes, se succédant dans un même ordre fatal et pour ainsi dire logique. Tout le monde connaît le mode d'évolution du délire chronique auquel on décrit en général quatre périodes : une première que M. Falret père, dont M. Pottier rappelle le nom avec grande justice à ce propos, appelait période d'interprétation délirante et que d'autres auteurs appellent simplement période d'inquiétude vague ; une deuxième de systématisation du délire ; une troisième de mégalomanie à laquelle succèdent l'affaiblissement intellectuel et la démence qui constituent la quatrième. Les persécutés, qui doivent être des persécuteurs, le deviennent pendant la deuxième période du délire chronique, c'est-à-dire pendant la vraie période d'état de cette maladie. Nous rappelons, parce que ce sera très important pour différencier les deux variétés de malades, qu'on observe chez les persécutés des hallucinations pénibles de tous les sens, y compris le sens génésique ; celle de la vue sont exceptionnelles, Lasègue les a même niées.

Les persécutés de la deuxième catégorie sont des dégénérés dont on s'est tant occupé depuis quelque temps. Avant d'arriver à la phase active de leur maladie, ils présentent cet état

©BIUM

mental qui leur est spécial : déséquilibration, inégalité de caractère, existence très mouvementée, lacunes quelquefois profondes dans leur intelligence qui peut-être parfois très brillante. Il nous semble que M. Pottier aurait dû signaler ici les obsessions, les impulsions et les divers syndromes qu'on observe si fréquemment chez ce genre de malades. Contrairement aux persécutés, les persécuteurs de cet ordre conservent à peu près leur même manière d'être pendant toute leur vie, à quelques exacerbations près, mais, en tout cas, ne présentent pas les périodes si nettes du délire chronique. Ce n'est aussi que transitoirement qu'on observe chez eux des hallucinations. Avec cela ces dégénérés présentent quelquefois certaines ressources intellectuelles et une véritable facilité d'élocution qui peut aller jusqu'à en imposer, grâce au luxe de détails qu'ils donnent pour prouver les erreurs qu'ils avancent ou pour se disculper de leurs fautes.

M. Pottier fait remarquer avec juste raison que c'est grâce à cette véritable conviction que ces malades finissent par faire partager leur délire à des débiles de leur entourage et créent ainsi des cas de délire à plusieurs personnes, comme la famille des Mercier, tristes héros du crime de Villemomble, en a été un récent exemple.

Des applications pratiques et médico-légales suivent ces vues d'ensemble et cette comparaison entre les deux sortes de persécuteurs, qui sont un danger très grand et permanent pour leurs victimes. La séquestration s'impose le plus souvent, mais elle est quelquefois difficile à obtenir par les aliénistes, surtout pour les dégénérés qui ont parfois réussi à attirer sur eux l'attention et même la sympathie d'un public peu au courant des choses de l'aliénation et qui se refusait de croire à leur folie.

Des observations des plus instructives et des plus intéressantes (entre autres celles de Sandon et de l'abbé Paganel, etc.), terminent ce travail dans lequel M. Pottier, excellent interprète des idées de son maître, M. Falret, a su instruire le procès clinique des aliénés persécuteurs et indiquer ceux auxquels il faudrait désormais conserver le titre de persécutés et lesquels devraient être considérés comme appartenant à la grande famille des dégénérés.

Dr Augustin Planès.

©BIUM

Nervosisme et névroses. Hygiène des énervés et des névropathes; par le Dr A. Cullerre, membre correspondant de la Société médico-psychologique, 1 vol. in-18 de la *Bibliothèque scientifique contemporaine.* Paris. Librairie J. B. Baillière et fils, 1887.

M. Cullerre semble vouloir se spécialiser comme vulgarisateur. Il possède du reste toutes les qualités pour réussir : connaissances étendues, facilité d'exposition et surtout jugement scientifique très sain. Il l'a prouvé par son dernier ouvrage: *Magnétisme et hypnotisme,* qui est de suite est arrivé à la seconde édition. Il le prouve à nouveau par le livre qu'il présente aujourd'hui au public: *Nervosisme et névroses.*

Ce livre renferme, avec quelques considérations générales sur les troubles nerveux et sur leur pathogénie, un traité complet d'hygiène à l'usage des névropathes. Il est surtout destiné aux gens du monde. Cependant, ainsi que le dit l'auteur dans la préface : « Les praticiens, qui ne se livrent pas d'une manière exclusive à l'étude des maladies nerveuses, y trouveront réunies des notions éparses jusqu'ici dans les traités ou recueils périodiques spéciaux, notions qui bien que présentées sous une forme simple et familière, pourront leur être de quelque utilité auprès de leurs clients. »

La partie consacrée à la pathologie générale des affections nerveuses est naturellement assez courte, mais elle a quand même dû exiger beaucoup de travail. — Il s'agissait, en effet, de résumer en quelques pages les notions modernes sur les maladies nerveuses, d'exposer succinctement leurs rapports réciproques, leurs modes de transmission héréditaire, leurs origines premières, leur parenté avec certaines maladies ordinaires qui affectent tout l'organisme, les maladies par diminution de la nutrition de M. Bouchard. Le tout sans oublier que le lecteur serait souvent absolument ignorant des choses de la médecine.

Toute difficile que fût cette tâche, M. Cullerre s'en est très heureusement acquité. En lisant le chapitre intitulé : *L'hérédité,* chapitre qui n'a que sept pages, on verra combien de choses il est arrivé à dire clairement en peu de mots.

Mais le but principal de l'auteur est d'étudier la prophylaxie des maladies nerveuses et l'hygiène des névropathes ; aussi cette partie pratique, pour ainsi dire, occupe-t-elle la plus grande partie du volume.

©BIUM

Dans une suite de chapitres on trouve l'exposé des circonstances qui influent sur le développement des troubles nerveux : l'âge, le sexe, l'hérédité, les maladies, etc..., puis l'étude méthodique des conditions d'existence propices aux névropathes : les milieux, les aliments, les boissons, le repos, l'exercice, etc...

De thérapeutique pharmaceutique point, mais toutes les prescriptions hygiéniques réellement scientifiques, des plus générales aux plus minutieuses. — Tout est complet, condensé et d'une lecture agréable, grâce à des citations bien choisies et à de nombreuses diversions humoristiques.

Nous tenons surtout à bien faire ressortir que ce livre n'est pas un simple recueil aride de prescriptions médicales et de conseils hygiéniques.

On y trouve même des aperçus scientifiques très élevés. Exemple : à propos de la croyance aux influences sidérales, croyance universellement acceptée autrefois et qui ne rencontre plus de nos jours qu'un scepticisme railleur, M. Cullerre dit ceci : « Pouvons-nous nous flatter d'une indépendance aussi absolue vis-à-vis des astres et de la lune en particulier? N'y a-t-il pas au fond de cette vieille conception religieuse un fait d'observation profonde et vraie mais déformée et défigurée... Observation exacte et scientifique au début, n'est-elle pas passée à l'état de superstition pure, en se transmettant à travers des milliers de générations ignorantes et avides de mystérieux — » Et à l'appui de cette supposition il cite un passage de Darwin, dans lequel le naturaliste philosophe, admettant que tous les animaux existants descendent d'organismes inférieurs ayant primitivement vécu dans la mer et sur ses bords, pense que certaines habitudes organiques de ces ancêtres, en relation avec le flux et le reflux périodiques de la mer, ont pu se transmettre à travers toutes les transformations successives de leurs descendants jusqu'aux espèces actuelles.

Nous dirons, en terminant cette rapide analyse, que M. Cullerre, qui s'était proposé de faire un livre qui fut à la fois une œuvre de vulgarisation pour le grand public et une œuvre technique pour les praticiens, a parfaitement réussi dans son entreprise difficile.

CAMUSET.

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

— *Arrêté du* 2 *août* 1887 : M. le Dr Max Simon, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Brou (Rhône), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (8,000 fr.), et prendra rang à partir du 1er août 1887;

MM. les Drs Fabre, médecin en chef directeur de l'asile de Saint-Alban (Lozère), et Mordret, médecin en chef de l'asile du Mans (Sarthe), sont promus à la 1re classe de leur grade (7,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1er juillet 1887;

M. le Dr Ramadier, médecin adjoint de l'asile de Lafont (Charente-Inférieure), est promu à la 1re classe de son grade (3,000 fr.), et prendra rang à partir du 1er août 1887.

— *Arrêté du* 23 *août* 1887 : M. le Dr Vernet, interne de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle), est nommé médecin adjoint de l'asile de Pau, et placé dans la 2e classe de son grade (2,400 fr.).

— *Arrêté du* 30 *août* 1887 : M. le Dr Barandon, médecin adjoint de l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure), est nommé médecin adjoint de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne), et maintenu dans la 1re classe de son grade (3,000 fr.).

— *Arrêté du* 30 *octobre* 1888 : M. le Dr Paul Dubuisson, médecin adjoint de l'asile Sainte-Anne, à Paris, est promu à la 1re classe de son grade (3,000 fr.), et prendra rang à partir du 1er juillet 1887.

— M. le Dr Gilbert Petit, médecin adjoint de l'asile d'Armentières (Nord), est nommé médecin-directeur de l'asile de réforme d'Izeure (Allier), appartenant au département de la Seine, en remplacement de M. le Dr Kéraval.

NÉCROLOGIE

Dr V. Bigot. — Nous venons de perdre un de nos confrères des plus justement estimés, M. le Dr V. Bigot, qui a succombé le 24 septembre dernier. La nouvelle de sa mort a douloureusement surpris tous ceux qui le connaissaient. En le voyant, dans ces derniers temps encore, actif, l'esprit vif, tout entier à ses fonctions, on ne pouvait penser qu'il allait être brusquement emporté en quelques jours. Et cependant, il portait en lui le germe de la maladie qui l'a tué. Jeune encore, il

©BIUM

avait été atteint, dans une de nos colonies lointaines, d'une affection maremmatique des plus graves, dont il n'avait jamais complètement guéri. Le mal se réveillait de temps en temps, il le dominait à force de volonté, mais à la fin il fut terrassé. Et ceux-là seuls qui, comme moi, ont vécu dans son intimité, savent qu'elle énergie il lui a fallu pour arriver à mourir ainsi à son poste.

M. Bigot débuta dans la carrière médicale comme médecin de la marine. En cette qualité il assista à la guerre de Crimée et il prit part à plusieurs expéditions en Extrême-Orient.

C'est pendant une de ces expéditions, après une épidémie meurtrière, au cours de laquelle il avait donné de grandes preuves de sang-froid, de courage et de dévouement, qu'il fut nommé, tout jeune homme alors, chevalier de la Légion d'honneur.

Mais il abandonna bientôt, malgré ses brillants débuts, la médecine navale, pour se consacrer exclusivement au service des aliénés. D'abord médecin de l'asile de Lehon, puis directeur de l'asile de Bordeaux, il devint successivement médecin directeur des asiles de Bonneval et de Châlons. Enfin, en 1880, fortement apprécié comme administrateur et comme médecin, on lui confia les fonctions élevées de médecin en chef directeur de l'asile de Vaucluse qu'il a remplies jusqu'à la fin.

Il y eut cependant une interruption dans le cours de sa carrière d'aliéniste, ce fut pendant la guerre franco-allemande. Il avait alors la direction de l'asile de Bordeaux et il la quitta pendant quelques mois, afin de servir comme médecin militaire pendant l'invasion.

M. Bigot avait la réputation méritée d'être un administrateur remarquable, mais l'administration pure était loin de l'absorber complètement, la preuve en est dans les travaux qu'il a laissés.

On a de lui, en médecine, une étude sur le traitement de la manie épileptique par la digitale, qui a paru dans ce journal, et un livre connu : *les Périodes raisonnantes de l'aliénation mentale.*

Ce dernier ouvrage devrait porter un autre titre. En réalité, il traite du délire chez les aliénés entachés de dégénérescence intellectuelle, et quand on le relit, on est étonné d'y trouver de données, originales alors qu'il parut, et qui maintenant, plus sieurs du moins, sont à peu près classiques.

On a aussi de lui deux autres ouvrages, d'une importance différente, et qui ne se rattachent qu'indirectement à l'hospitalisation des aliénés : des *Recherches sur l'origine de l'asile public des aliénés de Bordeaux* et *l'Histoire de l'abbaye de Bonneval.* — L'abbaye de Bonneval, après des transforma-

©BIUM

tions successives, sert aujourd'hui d'asile départemental pour les aliénés d'Eure-et-Loir. C'est pendant qu'il était directeur médecin de cet établissement que M. Bigot a reconstitué l'histoire de l'abbaye. Cette histoire est écrite avec autant d'érudition que d'élégance. M. Bigot était, en effet, un vrai lettré; la lecture des grands écrivains anciens et modernes, des poètes surtout, fut toujours son délassement favori.

Je voudrais aussi rappeler ce que fut M. Bigot comme homme privé. Un haut fonctionnaire qui centralise l'administration de asiles de la Seine, et qui par conséquent l'a vu à l'œuvre pendant longtemps, a dit sur sa tombe qu'il n'avait jamais connu d'homme plus loyal. Il a rendu ainsi la pensée de tous ceux qui l'approchaient.

M. Bigot se faisait une idée très élevée de notre profession, il était l'esclave du devoir, il avait des convictions sincères et profondes avec lesquelles il n'aurait pu transiger. Ceux même qui ne partageait ni ses croyances, ni ses opinions, quand ils avaient appris à le connaître, admiraient la dignité de son caractère et devenaient ses amis.

CAMUSET.

RÉORGANISATION DU SERVICE DE L'INSPECTION GÉNÉRALE DES SERVICES ADMINISTRATIFS DU MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR.

Rapport au Président de la République française.

Paris, le 18 octobre 1887.

Monsieur le Président,

L'organisation de l'inspection générale qui s'exerce dans les établissements dépendant du ministère de l'intérieur remonte à 1848. (Arrêté du chef du pouvoir exécutif en date du 25 novembre 1848). Le fonctionnement de ce service de contrôle a fait ensuite l'objet des décrets du 30 janvier 1852 et du 12 août 1856.

Un arrêté du chef du pouvoir exécutif, en date du 26 août 1871, a réglé à nouveau la situation des inspecteurs généraux. Le décret du 5 décembre 1879 (1) a constitué l'inspection générale des services administratifs du ministère de l'intérieur, avec les trois sections, archives, établissements de bienfaisance, établissements pénitentiaires ; et l'organisation dernière est résultée du décret du 31 mars 1883 (2).

Mais nombre de dispositions de ce décret sont devenues sans objet. L'inspection générale des archives n'est plus ratta-

(1) V. *Annales méd.-psych.*, 1880, t. III, p. 167.
(2) V. *Annales méd.-psych.*, 1883, t. IX, p. 527.

©BIUM

chée au ministère de l'intérieur, l'administration centrale de ce département s'est transformée. Le décret rendu en forme de règlement d'administration publique, à la date du 4 novembre 1886, a supprimé notamment la direction du secrétariat et de la comptabilité, qui avait reçu du décret de 1879, à l'égard de l'inspection générale, un rôle restreint ensuite par le décret de 1883. La direction de l'assistance publique et des institutions de prévoyance a été créée. Les décisions du Parlement ont réduit de manière considérable le cadre des inspecteurs généraux.

De toute façon, le décret du 31 mars 1883 n'avait donc plus à être maintenu. Mais il importait que les conséquences des transformations opérées et le caractère des mesures à prendre fussent examinés avec soin avant fixation de la réglementation nouvelle, surtout lorsque les questions budgétaires se poseraient encore.

Il paraît aujourd'hui possible d'arrêter les solutions préparées, depuis un certain temps, et c'est ce que l'ai l'honneur de vous proposer de faire en revêtant de votre signature le projet ci-joint de décret par lequel il a été, je crois, tenu compte, dans la mesure du possible, des considérations et intérêts divers qu'il est désirable de concilier pour le bien du service et pour l'avantage de l'Etat.

Veuillez agréer, monsieur le Président, l'hommage de mon profond respect.

Le ministre de l'intérieur,
A. FALLIÈRES.

Le Président de la République française,
Vu le décret du 31 mars 1883 ;
Sur le rapport du ministre de l'intérieur,

Décrète :

Art. 1er.— Le fonctionnement des établissements relevant du ministère de l'intérieur est contrôlé, dans les conditions ci-après déterminées, par les personnes chargées de l'inspection générale, sans qu'il soit d'ailleurs préjudicié au rôle de celles qui ont à intervenir dans ces établissements en vertu de leurs attributions propres ou par délégation spéciale du ministre.

Les fonctionnaires de l'inspection générale sont désignés sous la dénomination d'inspecteurs généraux des services administratifs du ministère de l'intérieur.

Art. 2. — Les inspecteurs généraux sont nommés par M. le ministre et choisis parmi les membres des administrations publiques ou des conseils élus et les personnes que signale particulièrement leur compétence. Ils doivent avoir la qualité de Français et être âgés de 30 ans au moins.

©BIUM

Le même mode de nomination et les mêmes conditions d'âge et de qualité sont spécifiés pour l'admission à l'emploi d'inspectrice générale.

Art. 3. — Les fonctionnaires de l'inspection générale peuvent être appelés par décisions expresses du ministre à s'occuper, selon les cas, d'établissements et services de diverse nature.

Néanmoins, ils se partagent en deux sections répondant : l'une aux établissements et services d'assistance publique, l'autre aux établissements et services pénitentiaires. La composition de ces sections est fixée par le ministre.

Art. 4. — Le cadre complet de l'inspection générale des services administratifs du ministère de l'intérieur comprend 13 inspecteurs généraux, auxquels est ajoutée une inspectrice générale, particulièrement en vue du contrôle à exercer en certaines maisons pénitentiaires.

Art. 5. — Les traitements afférents aux fonctions d'inspecteur général sont fixés ainsi qu'il suit :

1re classe.	10.000
2e classe.	9.000
3e classe.	8.000
4e classe.	7.000
5e classe.	6.000

L'emploi d'inspectrice générale comporte trois classes :

1re classe.	5.000
2e classe.	4.500
3e classe.	4.000

Art. 6. — Les établissements et services d'assistance publique qui comportent le contrôle de l'inspection générale comprennent, savoir :

Tous établissements et œuvres de bienfaisance publics ou privés ; les hôpitaux et hospices ; les asiles d'aliénés publics ou rivés ; les établissements nationaux, départementaux ou communaux destinés aux sourds-muets et aux aveugles, les soins et l'enseignement qui sont donnés dans ces établissements ; les dépôts de mendicité, spécialement au point de vue de la charité publique et pour ce qui concerne les mendiants ou hospitalisés non retenus en vertu d'une condamnation ; les maisons de refuge ou d'asile et les orphelinats publics ou privés ; les sociétés de charité maternelle et les crèches ; les bureaux de bienfaisance et les monts-de-piété ; toutes institutions de bienfaisance reconnues d'utilité publique ; tous services intéressant les enfants assistés, la protection des enfants du premier âge et la médecine gratuite dans les campagnes.

Art. 7. — Les établissements et services pénitentiaires qui

©BIUM

comportent le contrôle de l'inspection générale comprennent, savoir :

Les maisons centrales de force et les maisons centrales de correction pour hommes et pour femmes ; les pénitenciers agricoles ; les ateliers et chantiers extérieurs ou annexes recevant des individus détachés d'un établissement pénitentiaire ; les maisons ou quartiers affectés aux détentionnaires ; les quartiers de criminels ou délinquants aliénés ; le placement de détenus dans des infirmeries spéciales ou dans les hôpitaux hors des maisons pénitentiaires ; les établissements et dépôts spéciaux recevant des condamnés aux travaux forcés ou à la relégation ; les maisons d'arrêt, de justice et de correction, dites prisons départementales affectées, soit au régime en commun, soit au régime cellulaire ; les chambres et dépôts de sûreté ; les dépôts de mendicité, spécialement pour ce qui concerne les individus retenus en vertu de condamnations : les voitures, wagons cellulaires et navires servant au transfèrement des détenus ; les quartiers correctionnels de jeunes détenus annexés à des prisons de courtes peines ; les colonies agricoles et les divers établissements publics ou privés servant à l'éducation correctionnelle pour les jeunes gens et pour les jeunes filles ; les maisons et œuvres de patronage pour les libérés de l'un ou l'autre sexe et toutes institutions reconnues d'utilité publique et ayant le même objet.

Art. 8. — Le contrôle est exercé dans les établissements ci-dessus énumérés par celui des fonctionnaires de l'inspection générale que le ministre a chargé de les visiter, soit d'après les tournées d'ensemble qu'il assigne chaque année, soit par les missions spéciales qu'il donne.

Les inspecteurs généraux en tournée ou en mission examinent la marche des services et l'exécution des lois, règlements et instructions ministérielles. Ils adressent leurs rapports au ministre dans les délais et conditions qu'il a indiqués. Ils n'ont pas qualité pour donner des ordres ou prescrire des mesures, sauf en cas d'instructions formelles ou en cas d'urgence et à charge d'en référer aussitôt.

Art. 9. — Les établissements et quartiers publics ou privés affectés à l'éducation correctionnelle ou au patronage des jeunes filles sont visités par l'inspectrice générale, qui peut également être envoyée, en tournée ou en mission, dans ceux qui sont destinés aux femmes et aux jeunes enfants.

Art. 10. — Indépendamment de leur rôle d'inspection, les inspecteurs généraux ont à donner leur concours au ministre, soit par les travaux dont ils sont individuellement chargés, soit en réunions de comité.

Ils sont convoqués en comité aussi souvent que les besoins

©BIUM

du service l'exigent et appelés à tenir quatre sessions au moins par an s'ouvrant le deuxième lundi de janvier, de mars, de septembre et de novembre. La durée de chaque session est subordonnée à l'importance des travaux qui leur sont confiés, à défaut de décision spéciale du ministre.

Art. 11. — Les inspecteurs généraux réunis en comité ont un rôle consultatif et procèdent par voie d'avis.

Nul avis n'est adopté que lorsque le comité compte, comme membres présents, plus de la moitié des inspecteurs généraux en fonctions dans la section correspondante.

Les séances sont présidées par le doyen d'âge des inspecteurs généraux faisant partie de chaque comité. A son défaut, la présidence appartient au plus âgé des membres présents à la séance.

Art. 12. — L'inspectrice générale peut être, selon les cas, adjointe avec voix délibérative au comité de la section pénitentiaire pour tels travaux auxquels le ministre désirerait l'associer.

Art. 13. — Les inspecteurs généraux n'ont à délibérer en comité que sur les questions dont ils sont saisis par le ministre. Ils peuvent être consultés sur toutes matières intéressant l'organisation et le fonctionnement des établissements et des services qui ressortissent d'une part à l'administration de l'assistance publique, d'autre part à l'administration pénitentiaire; ils doivent l'être sur celles qui sont énumérées ci-après, savoir :

1° *Pour la section d'assistance publique :*

Confection ou revision des règlements généraux des établissements généraux de bienfaisance;

Règlements intérieurs des asiles publics d'aliénés;

Création de dépôts de mendicité et règlements généraux de ces dépôts, sauf pour ce qui concerne les individus retenus en vertu de condamnations;

Création de monts-de-piété et règlements généraux de ces établissements;

Travaux à exécuter dans les asiles publics d'aliénés, lorsque ces travaux engagent les questions de système ou de régime intérieur;

Travaux de construction des hospices et hôpitaux.

2° *Pour la section pénitentiaire :*

Rédaction des types de cahiers des charges applicables aux marchés d'adjudication des services économiques dans les diverses catégories d'établissements pénitentiaires ;

Introduction ou suppression définitive de certains genres de travaux, professions ou industries dans les établissements pé-

©BIUM

nitentiaires ; détermination des tarifs définitifs de main-d'œuvre ;

Règlements généraux applicables aux divers établissements pénitentiaires, notamment pour ce qui concerne l'alimentation des détenus de toutes catégories, l'hygiène, l'habillement, l'enseignement, le travail, les salaires et pécules, le régime disciplinaire, les récompenses, etc.;

Règlements généraux concernant l'organisation d'ensemble et les attributions du personnel des divers établissements;

Règlements généraux intéressant la tenue des écritures et registres, le contrôle des marchés et fournitures, la comptabilité-espèces et matières, le fonctionnement du système des règles ou du système des entreprises;

Règlements particuliers des établissements pénitentiaires publics ainsi que des établissements privés où sont placées des personnes confiées à l'administration pénitentiaire, en ce qui concerne ces personnes;

Organisation et statuts des sociétés et œuvres de patronage soumis à l'appréciation du Gouvernement, spécialement en vue de la reconnaissance d'utilité publique.

Art. 14. — Sont rapportés le décret du 31 mars 1883 et généralement toutes dispositions contraires au présent décret.

Art. 15. — Le ministère de l'intérieur est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Journal officiel* et au *Bulletin des lois*.

Fait à Paris, le 18 octobre 1887.

JULES GRÉVY.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'intérieur,

A. FALLIÈRES.

HOMMAGE AU SURVEILLANT PUSSIN

Dans la matinée du mercredi 3 août 1887, a eu lieu, à l'hospice de Bicêtre, une cérémonie intéressante à plusieurs titres. M. Poubelle, préfet de la Seine, assisté de MM. Peyron, directeur de l'assistance publique, Bourneville, député de la Seine et médecin de Bicêtre, et d'un nombreux concours de médecins et d'administrateurs, a procédé, dans la cour d'entrée de la cinquième division de l'hospice, division consacrée aux aliénés, à l'*inauguration de la plaque commémorative* érigée en l'honneur du surveillant Pussin. Cette plaque, en marbre noir, a été fixée dans l'endroit le plus apparent, sur l'extrémité nord du grand bâtiment de la deuxième section actuelle ; elle était, pour la circonstance, décorée de drapeaux entourant le buste

©BIUM

de la République, et ornée de cartouches aux initiales R. F. Elle porte, gravée en lettres d'or, l'inscription suivante :

Le 3 août 1887,
Monsieur POUBELLE étant Préfet de la Seine,
Monsieur PEYRON, Directeur de l'Administration Générale
de l'Assistance Publique,
Cette plaque
a été placée en mémoire de :

Jean-Baptiste PUSSIN,

Surveillant à Bicêtre,
(Du 27 avril 1780 au 20 mai 1802).
Appelé par Pinel : son plus fidèle collaborateur
et par Pariset : le précurseur de Pinel.

Le voile qui recouvrait la plaque étant tombé, M. le Préfet de la Seine a pris la parole en ces termes :

« Mesdames, Messieurs,

« Cette inscription est destinée à perpétuer le souvenir de l'un de vos prédécesseurs, qui, entré comme malade dans cette maison, y guérit, s'y attacha au point de ne vouloir plus la quitter et devint digne d'être appelé par Pinel, « son meilleur collaborateur. »

« Cette estime du savant pour le surveillant modeste n'a rien qui doive nous surprendre : les âmes d'élite se rencontrent à travers la diversité des conditions, et c'est un acte de justice que nous accomplissons en inaugurant, après la statue de l'illustre médecin, cette plaque de marbre, qui vous rappellera que la République sait rendre hommage à tous les dévouements et qu'elle ne distingue pas entre ceux qui ont prodigué leur vie aux souffrants et aux deshérités.

« Jusqu'à Pinel, en effet, tous les malades, sans distinction entre la simple idiotie et la démence furieuse, étaient considérés comme dangereux. C'est ici que Pinel, réagissant contre cette crainte exagérée, fit tomber leurs fers, et cette méthode nouvelle, accueillie avec incrédulité, au moment où elle fut instituée, eut pour résultat immédiat de rendre la folie plus calme, les crises moins dangereuses et moins prolongées.

« Lorsque j'eus l'honneur d'inaugurer, à l'entrée de la Salpêtrière, la statue de Pinel, mes recherches personnelles, pour arriver à mieux connaître le grand homme dont je devais prononcer l'éloge, m'amenèrent à découvrir, à côté de lui, J.-B. Pussin, et, tout en reconnaissant la grandeur de l'initiative prise par le savant, je pensai que le succès obtenu était peut-être dû en partie à cet homme qui, en prodiguant à tout instant, à

©BIUM

ces malheureux, ses soins et son dévouement, était, sans doute, parvenu à réveiller un écho dans ces consciences endormies, à se faire aimer de ceux qu'il avait sous sa surveillance.

« Certes, les conditions qu'acceptait votre prédecesseur étaient loin de valoir celles qui vous sont faites : un peu de vin, la table au second réfectoire et 36 francs de gage par an, telle était sa rémunération et tel fut le prix dont, pendant vingt-deux ans, on paya ses services. C'est vous dire que nous ne nous considérons pas comme dégagés par les salaires que nous vous donnons, et, si nous avons réussi à rendre la vie pour vous plus facile et plus sûre, il y a une chose que nous ne prétendons pas payer, parce qu'elle est d'un prix inestimable, c'est la sensibilité, l'abnégation, le dévouement de tous les jours : vertus naturelles chez certains hommes, et qui, dans votre profession, sont des qualités indispensables.

« Pussin suivit Pinel à la Salpêtrière, mais il passa ici les principales années de sa vie et c'est bien dans cette maison que nous devions vous le présenter comme un modèle de chaque instant. Vous n'avez pas attendu cette solennité pour vous inspirer des mêmes sentiments et les récompenses que nous vous avons décernées montrent que vous aspirez à l'imiter. Je ne saurais trop vous répéter que ces malades, ces fous sont susceptibles de comprendre le dévouement qu'on leur témoigne.

« L'éclipse de leur raison laisse percer encore quelques lueurs : ils conservent une certaine justesse d'observation qui leur permet d'apprécier les soins que l'on apporte à leur soulagement. Dans cette fréquentation quotidienne, l'intelligence, même affaiblie, sait reconnaître les sentiments affectueux et les actes de violence sont rares à l'égard d'un infirmier bienveillant. Dans les maisons de fous, il se forme, croyez-le bien, une opinion publique, souvent plus juste que celle que nous rencontrons extra-muros, car elle est fondée sur une observation personnelle et sur l'impression directe des traitements dont chacun est l'objet.

« En inaugurant cette inscription, nous ne voulons pas seulement honorer l'un de vos prédecesseurs, nous entendons aussi vous rappeler les exemples de dévouement, de patience et d'humanité qu'il a donnés. Nous espérons trouver parmi vous des continuateurs de Pussin, qui mériteront d'inscrire leur nom à côté du sien sur les feuillets de pierre du livre que nous ouvrons aujourd'hui. »

Cette chaleureuse allocution a été accueillie par d'unanimes applaudissements et la séance a été levée.

©BIUM

LES AÏSSAOUAS DE KAIROUAN

Un membre du Parlement britannique, M. George Curzon, a fait récemment une visite à Kairouan et conte ses impressions de voyage dans la *Fortnightly review*. Entre autres spectacles curieux, il lui a été donné de voir un *zikr* ou service religieux, dans un des principaux couvents de derviches de la ville sainte, couvents dont les pensionnaires appartiennent à la secte des Aïssaouas. Tous les faits qu'il relate ne sont pas nouveaux et la mastication du verre par les Aïssaouas, en particulier, rappellera aux vieux Parisiens ce qu'ils ont vu de leurs yeux à l'Exposition de 1867. Mais peut-être ces choses mériteraient-elles d'être étudiées de près par les médecins français établis en Tunisie, à la lueur des plus récents travaux sur l'hypnotisme ou les états similaires; et c'est pourquoi il peut n'être pas inutile de les signaler.

On sait que les sectateurs d'Aïssa, ou Aïssaouas, se procurent une sorte d'extase par des danses et des litanies spéciales exécutées en chœur, et que dans cette extase ils deviennent insensibles à la douleur. Ils se soumettent alors à des supplices variés, parfois même à de véritables mutilations dans l'idée qu'ils s'assurent à leur mort l'admission dans le paradis de leur prophète. L'habitude aidant, et la contagion de l'exemple, cette extase s'obtient aisément : c'est l'affaire de quelques minutes. A mesure que les fidèles se sentent *melbous*, ou possédés de l'esprit divin, ils cessent de psalmodier la litanie commencée pour se mettre à pousser des hurlements de chacals et d'hyènes. Ils s'agitent, ils se tordent en convulsions. Cependant les tambourins pressent la mesure, la mélopée s'accélère, la danse devient de plus en plus furieuse, jusqu'à ce que l'assemblée entière soit au point voulu d'ivresse cataleptique. Alors seulement les rites commencent.

Un homme s'élance dans le cercle formé par les dévots, déchire ses vêtements, arrache les couvre-chefs variés qui enveloppent son crâne rasé et reste nu jusqu'à la ceinture. Le cheik qui a pris la direction du service remet à cet homme un coutelas bien affilé. Aussitôt le malheureux s'en frappe à coups redoublés, en traçant sur sa poitrine de longues estafilades. Chose curieuse, on voit la peau entamée, les muscles ouverts en entailles livides, et pourtant il ne sort pas de sang de ces hideuses blessures. Tout en se les infligeant, le sujet bondit comme une panthère dans le cercle formé par les spectateurs; il hurle, il se roule à terre, il se jette comme un boulet vivant contre les obstacles, jusqu'à ce qu'enfin, épuisé, pantelant, presque inanimé, il reste immobile sur le sol.

Aussitôt on apporte un matériel de supplice que les fidèles

©BIUM

se disputent ardemment : ce sont des broches de fer longues de 60 à 80 centimètres et munies d'un manche en bois terminé par une protubérance de la grosseur d'une orange. Les heureux possesseurs de ces broches commencent par les brandir frénétiquement, toujours en aboyant et hurlant ; puis, l'un après l'autre, ils s'en servent comme suit. Le patient commence par enfoncer la pointe de sa broche dans sa propre chair, de telle sorte qu'elle pénètre sous une de ses omoplates, le manche en haut. Ainsi transpercé, il exécute divers sauts et exercices acrobatiques, jusqu'à ce qu'un signal du cheik le fasse tomber à genoux. De ses deux mains, il maintient alors la broche, tandis qu'un de ses coreligionnaires, armé d'un énorme maillet, se met à frapper à coups redoublés sur le manche ; le maillet s'arrête seulement quand l'épaule du misérable est traversée de part en part.

D'autres varient cette procédure en se transperçant les deux joues avec une broche ou en se la passant dans l'œsophage. Quel que soit le supplice adopté, il paraît toujours procurer au sujet une intense satisfaction.

Cependant, ceux qui n'ont pas eu de broche ne restent pas inactifs. La plupart se traînent à terre sur les mains et les genoux, en imitant les allures et les cris du lion, du tigre et des autres carnassiers. Leur langue pend, leur bouche écume, leurs yeux sont sanglants. L'extase a developpé chez eux une faim dévorante : ils se roulent aux pieds du cheik pour qu'il assouvisse cette fringale.

Il s'est fait apporter sur un plateau des morceaux de verre cassé qu'il distribue suivant son bon plaisir et que les favorisés font aussitôt craquer entre leurs mâchoires, avec des grognements de bêtes heureuses. Aux autres, il donne des figues de Barbarie hérissées de longues épines et qui ne sont pas un régal moins apprécié. En deux ou trois cas seulement, il ne donne rien et d'un geste impérieux il repousse le suppliant, qui recule aussitôt et se met à l'écart, humble et triste comme un chien désappointé.

Enfin, pour couronner l'orgie, on avale des morceaux de braise, on marche sur des charbons ardents et l'on finit par se ruer sur un mouton vivant dont on déchire la chair pour la dévorer crue. Dans tout le cours de l'horrible séance, M. Curzon affirme qu'il n'a pas vu couler une goutte de sang des épouvantables blessures que les Aïssaouas s'infligeaient à plaisir. Au moment où la frénésie spécifique commençait à tomber, chaque patient tour à tour s'approchait du cheik, qui retirait très adroitement le fer de la blessure et la frottait d'un peu de salive. Après quoi, il marmottait une absolution à l'oreille du pénitent, lui donnait un baiser au front et le ren-

©BIUM

voyait calmé. Le convulsionnaire qui, deux minutes plus tôt, se roulait dans les transports d'un paroxysme épileptique, allait gravement s'asseoir à sa place et s'y tenait immobile.

(*Le Temps*, n° de dimanche 21 août 1887.)

FAITS DIVERS

Allemagne. — La quatrième session annuelle de l'Association allemande contre l'abus des boissons alcooliques vient de se tenir à Darmstadt. Dans une de ces dernières séances, l'Association a adopté une résolution tendant à obtenir que tous les ivrognes soient privés de leurs droits civils et politiques. Cette résolution sera présentée aux gouvernements des divers Etats allemands, et tous les membres de l'Association sont invités à faire de l'agitation en faveur de la motion.

Belgique. — En vue de la distribution du texte de la nouvelle loi sur l'ivresse publique, on vient de faire le relevé des cafés, estaminets et débits de liqueurs existant à Anvers. Le nombre de ces établissements est de 4,572 pour une population d'environ 200,000 âmes; il y a donc un débit pour un groupe de 44 habitants de tout âge et des deux sexes.

États-Unis. — L'asile des aliénés de l'État de l'Ohio, à Cleveland, a pris feu dans la nuit du 19 octobre dernier. Soixante malades ont péri dans les flammes.

CONCOURS

Concours pour l'internat en médecine et en pharmacie des asiles de la Seine. — I. Le lundi 5 décembre 1887, à midi précis, il sera ouvert à l'asile Sainte-Anne, rue Cabanis, n° 1, à Paris, un concours pour la nomination à *cinq places* d'internes titulaires en médecine, actuellement vacantes dans les asiles de la Seine. Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, pavillon de Flore, aux Tuileries (bureau du personnel), depuis le jeudi 3 novembre jusqu'au samedi 19 novembre 1887 inclusivement.

II. Le lundi 28 novembre 1887, à une heure précise, il sera ouvert à l'asile Sainte-Anne, rue Cabanis, n° 1, à Paris, un concours pour la nomination à *quatre places* d'internes titulaires en pharmacie, vacantes dans les asiles de la Seine. Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, bureau du personnel, du jeudi 27 octobre au samedi 12 novembre 1887 inclusivement.

©BIUM

Concours pour l'internat de l'asile d'aliénées de Bordeaux. — Le lundi 21 novembre 1887, à une heure précise, il sera ouvert à la Faculté de médecine de Bordeaux, dans une des salles de Saint-Raphaël, un concours pour la nomination à une place d'interne en médecine à l'asile public d'aliénées. Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à l'asile, 145, cours Saint-Jean, bureau de la direction, du 1er au 17 novembre inclusivement.

ENSEIGNEMENT

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Clinique des maladies mentales* (asile Sainte-Anne). — M. le professeur B. BALL reprendra son cours de clinique des maladies mentales, le dimanche 13 novembre 1887, à 10 heures du matin, et le continuera les jeudis et dimanches suivants à la même heure.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. MAIRET, agrégé près ladite Faculté, est maintenu dans ses fonctions pendant l'année scolaire 1887-1888, et est chargé du cours de clinique des maladies mentales, pendant la durée du congé accordé à M. Cavalier.

Pour les articles non signés : ANT. RITTI.

©BIUM

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE VIe VOLUME DE LA SEPTIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. — Chronique.

Pages.

De l'intervention de la magistrature dans l'appréciation du mode de traitement appliqué aux aliénés et de l'emploi des moyens de contrainte. Remarques critiques à propos d'un procès récent; par le Dr Constans. 5

Inauguration de la statue de Joseph Guislain, à Gand; par M. le Dr Jules Morel. 177

Le martyrologe de la psychiatrie; par M. le Dr Hospital. . . . 353

II. — Pathologie.

Etude sur un cas de paralysie spasmodique infantile; par M. le Dr Catsaras. 23

De la suractivité intellectuelle sans délire ni démence dans la période prodromique de la paralysie générale; par M. le Dr V. Parant . . . . . 34 et 212

Du suicide dans le délire des persécutions; par M. le Dr J. Christian. 187

Aliénation mentale et mutisme hystérique; par M. le Dr Bouchaud 199

Contribution à l'étude de poids des hémisphères cérébraux chez les aliénés; par M. le Dr Marandon de Montyel. 364

Contribution à l'étude de la folie communiquée. Délire à quatre; par M. le Dr Martinenq.. 383

III. — Archives cliniques.

20. — Un cas de folie religieuse à cinq; par M. le Dr Taguet. . 50

21. — Phlegmon diffus sus-aponévrotique du membre supérieur gauche compliqué de tétanos au cours d'une manie subaiguë; guérison du tétanos; par M. le Dr A. Voisin. 233

22. — Mégalomanie religieuse; par MM. Dagonet et Emile Laurent. 392

23. — Mélancolique halluciné au sommet d'un clocher; par M. le Dr Bellot.. 401

©BIUM

IV. — Législation.

Projet de loi adopté par le Sénat, tendant à la revision de la loi du 30 juin 1838, présenté à la Chambre des députés le 24 juin 1887. 237

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. — Société médico-psychologique.

Séance du 28 *mars* 1887. — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Chaslin, David Hall, Cullerre. — Vice de conformation des organes génitaux : M. Moreau (de Tours). — Du délire chronique (*suite*) : MM. Marcel Briand, Cotard, Doutrebente, Delasiauve. — L'automatisme somnambulique devant les tribunaux. Prévention de vol. Rapport médico-légal. Non-lieu : MM. Paul Garnier, Doutrebente, Ch. Féré. — Folie intermittente et folie des dégénérés : M. Journiac. 54

Séance solennelle du 25 *avril* 1887. — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Motet, Christian, Quinemant. — Rapport de la commission du prix Esquirol : M. Charpentier. — Eloge de J. Moreau (de Tours) : M. Ritti. 109

Séance du 23 *mai* 1887. — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Bettencourt-Rodrigues, Pichon, Topinard, Thore, Rieger, Ramaer. — Rapport de M. Jules Voisin sur la candidature de M. Chaslin : élection. — Rapport de M. Rouillard sur la candidature de M. Hall : élection. — Un cas d'érythrasma. Présentation du malade : M. Chambard. — Cas de paralysie générale hypochondriaque avec attaques hystériformes : MM. Chambard, Magnan, Séglas. — Du délire chronique (*suite*) : MM. Christian, Marcel Briand, Doutrebente. 271

Séance du 27 *juin* 1887. — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Chaslin, Hall, Topinard, Fontan et Ségard — Etude sur le traitement de l'épilepsie par l'acétanilide : MM. Mabille et Ramadier. — Commotion cérébrale suivie d'amnésie partielle d'une durée de trois semaines : M. Jarchy. — Déroulement spontané ou provoqué d'états successifs de personnalité chez un hystéro-épileptique : MM. Mabille et Ramadier. — Du délire chronique (*suite*) : MM. Christian, Doutrebente, Delasiauve. — Internement du baron R. Seillière : MM. Marcel Briand, Motet, J. Falret, Paul Garnier. 303

Séance du 25 *juillet* 1887. — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Thore, Bombart, Brosius, Van Persijn, Silvio Venturi, Ventra, Dominico. — Rapport de M. Rouillard sur la

©BIUM

candidature de M. Bettencourt-Rodrigues : élection. — Du délire chronique (*suite*) : M. B. Ball. — Internement du baron R. Sellière (*suite*) : MM. Paul Garnier, Falret, Motet, Magnan.. 404

II. — Revue des journaux de médecine.

SOCIÉTÉS SAVANTES (1887).

Sur l'affaire R. Seillière, Internement et mise en liberté d'un aliéné. 333
De l'hospitalisation des épileptiques.. . . . . 335 et 438
Un accouchement dans l'état de somnambulisme provoqué. Déductions médico-légales. 428

JOURNAUX ANGLAIS (1885).

Anal. par M. le Dr Pons.

Apoplexie séreuse.. 444
Quatre cas de mélancolie dans une famille. 444
Maladie d'Addison et aliénation mentale. 445
Surmènage dans les écoles. 446
Aliénation mentale alternant avec l'asthme spasmodique. 447
De la nécessité de l'enseignement de la psychiatrie. 450
De la violence épileptique. 451
Monoplégie brachiale dépendant d'une lésion de l'écorce. 455
Sclérose spinale consécutive à une lésion du cerveau. 455
Découverte après la mort de sept côtes brisées. 457
Questions médico-légales. 457
Fonctions de la circonvolution marginale du cerveau. 458
Critique du récit du peintre de portraits. 458
Folie morale ou émotive. 459
Hôpital spécial pour les cas curables de folie. 462
Aliénation mentale en Espagne. 462
Imbécillité avec antécédents héréditaires. 463
Exemples de suppression du pouvoir de contrôle. 463
Hystérie chez un garçon de quinze ans. 464
Guérison de la mélancolie suicide après une diarrhée avec fièvre. 465
Projet de législation des aliénés en Angleterre. 465
Placement des aliénés dans les workhouses.. 466
Suicide en Angleterre et dans le pays de Galles. 467
De l'aliénation mentale en Irlande. 468
Etude du système circulatoire chez les aliénés. 469
Sain d'esprit ou aliéné. 472
Cas de vice moral congénital. 474
Thrombose des tissus cérébraux. 476
Affections cérébrales d'origine traumatique. 477
Procès en séquestration arbitraire. 487

©BIUM

JOURNAUX HOLLANDAIS (1883).

Anal. par M. le Dr G. Cortyl.

Accroissement de la population des asiles hollandais. 479
Lacunes veineuses de la dure-mère. 480
Encéphalitis chronica arenosa. 481
Historique des théories de l'hallucination. 481
Début de la paralysie générale. 482
Etat mental de Jean-Jacques-Rousseau. 482
Altération des pédoncules cérébraux dans les affections cérébrales atrophiques. . . . . 482 et 483
Population des asiles hollandais par province. 483
Notice sur le Dr Everts, directeur de l'asile de Merenberg. . . . 484
Société hollandaise de psychiatrie. . . . . 480, 481 et 486
Les demi-aliénés. 484
Rapport médico-légal sur une tentative de parricide. 484

JOURNAUX ALLEMANDS (1885).

Anal. par M. le Dr Al. Adam.

Considérations sur la folie à deux. 146

III. — Bibliographie.

Traité de médecine légale, de jurisprudence et de toxicologie; par Legrand du Saulle, Georges Bérryer et Gabriel Pouchet (Anal. par M. le Dr Ant. Ritti). 150
Insanity modern Views as to its nature and treatment (De la folie. Vues modernes sur sa nature et son traitement); par W. T. Gairdner (Anal. par M. le Dr Cullerre). 152
Traité pratique des maladies du système nerveux; par le Dr Grasset, agrégé de la Faculté de Montpellier (Anal. par M le Dr Ant. Ritti). 154
Vocabulaire médical allemand-français; par le Dr L. Hahn, bibliothécaire en chef de la Faculté de Paris. (Anal. par M. le Dr Ant. Ritti). 155
Anatomie pathologique du système nerveux. Cours complémentaire professé à la Faculté de Paris; par le Dr Raymond, agrégé (Anal. par M. le Dr Ant. Ritti). 338
La suggestion mentale et l'action des médicaments à distance; Eugène Alliot (Anal. par M. le Dr Cullerre). 340
De la suggestion et de ses applications en thérapeutique; par le professeur Bernheim (Anal. par M. le Dr Cullerre). 487
Etude sur les aliénés persécuteurs; par M. le Dr Paul Pottier (Anal. par M. le Dr A. Planès). 489
Nervosisme et névroses. Hygiène des énervés et des névropathes;

©BIUM

par le Dr Cullerre (Anal. par le Dr Camuset). 492
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE. . . . . 157 et 341
ASSOCIATION MUTUELLE DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE : assemblée générale du 25 avril 1887.. 160

IV. — Variétés.

Nominations et promotions : MM Chaslin, Lemoine, Gilbert Petit. — Nécrologie : A. Vulpian, L. Turck. — Le suicide en France pendant la période 1876-1885. — Sous l'influence de l'éther. — Le goître chez les animaux. — Faits divers. 167
Nominations et promotions : MM. Fagniez, Espiau de Lamaëstre, Hospital, Doutrebente, Dufour, Kéraval, Gilles de la Tourette, Berbez, Paul Aubry, Guilbert, Denizet, Deswatines, Cortyl, Giraud, Caillau, Girma, Legrain, Brusque. — Circulaire du ministre de l'intérieur sur le service des aliénés. — Vote de la loi belge contre l'ivresse publique. — Interdiction des expériences d'hypnotisme dans le Grand-Duché de Bade. — Le phosphore et la pensée. — Faits divers 343
Nominations et promotions : MM. Max Simon, Fabre, Mordret, Ramadier, Vernet, Barandon, Paul Dubuisson, Gilbert Petit. — Nécrologie : Dr V. Bigot. — Réorganisation du service de l'inspection général des services administratifs du ministère de l'Intérieur. — Hommage au surveillant Pussin. — Les Aïssaouas de Kairouan. — Faits divers. — Concours : Internat des asiles de la Seine et de l'asile d'aliénées de Bordeaux. — Enseignement : MM. B. Ball, Mairet.. 494

Table des matières du sixième volume de la VIIe série: 508

Paris. — Imp. G. ROUGIER et Cie, 1, rue Cassette.