Bibliothèque numérique
medic@

Annales médico-psychologiques

n° 08. - Paris: Masson, 1888.
Cote : 90152, 1888, n° 08

BIUM

(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?90152x1888x08

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

©BIUM

©BIUM

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

PAR MM. LES DOCTEURS

BAILLARGER

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

ET

RITTI

Médecin de la maison nationale de Charenton.

—

SEPTIÈME SÉRIE. — TOME HUITIÈME

QUARANTE-SIXIÈME ANNÉE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
BIBLIOTHÈQUE

90152

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, boulevard Saint-Germain, 120

—

1888

©BIUM

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique.

Rapport de M. le sénateur Claude (des Vosges). — Alcoolisme et criminalité. — Les misères du siècle. — Les irresponsables devant la justice.

La question de l'alcoolisme a vivement attiré depuis quelque temps l'attention publique. Le remarquable rapport présenté au Sénat par M. Claude (des Vosges) donnait un relief saisissant aux désordres causés par l'intoxication alcoolique. Ce n'était plus une brève énumération, c'était un travail d'ensemble où, tout à la fois, se trouvaient réunis les enseignements de la statistique relatifs à la production, à la consommation ; ceux de la chimie, rappelant les falsifications, la composition atomique, le degré de toxicité des alcools ; ceux de la médecine, montrant la progression croissante du nombre des aliénés d'origine alcoolique. Ce qui n'est pas le moins intéressant, dans ce travail, nous pourrions dire ce qui n'est pas le moins effrayant, c'est la statistique

©BIUM

empruntée au Ministère de la justice, les crimes et les suicides dans leurs rapports avec l'alcoolisme.

Lorsque M. Claude (des Vosges) saisit le Sénat de sa demande d'enquête sur la consommation de l'alcool en France, c'était pour répondre à une patriotique préoccupation. Il avait vu, depuis 1871, ses Vosges qu'il aimait tant, envahies par les alcools d'industrie, venus de l'étranger ; il avait constaté les ravages produits par une intoxication qui, lentement, minait une population jadis vigoureuse, aujourd'hui en voie de dégénérescence. Il avait suivi d'un œil inquiet une transformation qui s'opérait dans la famille, dans les mœurs; et, voyant diminuer l'amour du travail, la prospérité de la contrée, il devint l'un des apôtres les plus ardents de la tempérance; par sa parole, par sa plume, il chercha à endiguer le torrent; il avait compris que les forces nationales pouvaient être compromises par une intoxication qui ne frappe pas seulement l'individu, mais encore sa descendance; et courageusement, il entreprit la lutte.

Quand il eut à présider la Commission sénatoriale, il se présenta devant elle avec les renseignements les plus précis, puisés aux sources les plus autorisées. Lunier, Dujardin-Beaumetz et Audigé, Lancereaux, Magnan, etc., etc., nous lui apportions des documents dont il savait tirer parti avec un rare bonheur. Son œuvre était inspirée par des sentiments si généreux, elle répondait si bien à la crainte de tous ceux qui pensent, qui observent, que les grandes administrations de l'État ne voulurent pas être en reste avec les savants, et qu'en moins d'une année furent rassemblés et classés des matériaux qui remplissent trois volumes.

Les lecteurs des *Annales médico-psychologiques* nous sauront gré de relever pour eux des chiffres dont l'authenticité est certaine; ils ont été donnés au Ministère

©BIUM

de l'intérieur par les médecins en chef des asiles publics d'aliénés, et comprennent 25 années, divisées par périodes quinquennales.

	ADMISSIONS			ATTEINTS D'ALCOOLISME		PROPORTION POUR 100.		
I^re^ PÉRIODE	H.	F.		H.	F.	H.	F.	
1861 à 1865	8.494	6.489		1.256	183	14.78	2.82	9.60
	14.983			1.439				
2^e^ PÉRIODE	H.	F.		H.	F.	H.	F.	
1866 à 1870	10.911	8.480		2.057	266	18.85	3.13	11.97
	19.391			2.323				
3^e^ PÉRIODE	H.	F.		H.	F.	H.	F.	
1871 à 1875	11.813	10.149		2.785	466	23.57	4.59	14.80
	21.962			3.251				
4^e^ PÉRIODE	H.	F.		H.	F.	H.	F.	
1876 à 1880	21.644	18.178		4.759	1.130	21.98	6.21	14.78
	39.822			5.889				
5^e^ PÉRIODE	H.	F.		H.	F.	H.	F.	
1881 à 1885	27.731	23.476		6.075	1.311	21.90	5.58	14.42
	51.207			7.386				
	H.	F.		H.	F.	H.	F.	
TOTAL GÉN.	80.593	66.772		16.932	3.356	21.00	5.00	13.76
	147.365			20.288				

Mais cette statistique, prise en bloc, ne donne pas une idée de ce que peut être, dans certains départements, la proportion pour cent des aliénés atteints d'alcolisme; pour le département de la Seine, nos

©BIUM

savants collègues Magnan et Bouchereau ont relevé des chiffres significatifs pris à l'asile Sainte-Anne :

	ATTEINTS D'ALCOOLISME.		PROPORTION POUR CENT SUR LE NOMBRE TOTAL DES ADMISSIONS.	
	H.	F.	H.	F.
1872.....	261	41	24.09	4.57
1873.....	333	44	26.36	4.58
1874.....	298	47	26.27	4.58
1875.....	311	58	25.89	6.06
1876.....	335	50	28.08	5.68
1877.....	302	60	26.79	6.30
1878.....	319	59	26.51	6.46
1879.....	356	71	28.91	7.28
1880.....	355	47	29.02	4.94
1881.....	401	64	28.41	6.40
1882.....	442	55	29.62	5.30
1883.....	482	66	31.79	6.27
1884.....	444	77	30.51	7.11
1885.....	424	76	30.15	7.12

On sait que Magnan et Bouchereau, en 1871, au mois de mai, avaient constaté à Sainte-Anne le chiffre énorme de 48 0/0 alcoolisés, et qu'au mois de juin, la proportion était encore de 29, 88 0/0.

Si l'on divise la France en sept grandes régions, on trouve que le nombre des poursuites pour ivresse publique est, par rapport à la consommation moyenne individuelle d'alcool, dans les proportions suivantes :

RÉGIONS.	CONSOMMATION MOYENNE D'ALCOOL PAR TÊTE	NOMBRE PROPORTIONNEL DES POURSUITES POUR IVRESSE.
Nord-ouest. . . .	6 litres.	29 p. 100
Nord.	6 —	34 —
Nord-est	3 —	10 —
Centre	2 —	9 —
Sud-ouest.	1 —	5 —
Sud	2 —	4 —
Sud-est.	2 —	9 —

Le Calvados, la Loire-Inférieure, le Morbihan,

©BIUM

l'Oise, la Somme, Seine-et-Oise, Seine, Eure, Rhône, Finistère et Seine-Inférieure, sont les départements où par 100,000 habitants on compte le plus de cas de poursuites par application de la loi du 23 janvier 1873. Quant à la criminalité, les statistiques démontrent que les départements le plus adonnés à la consommation de l'eau-de-vie fournissent le contingent le plus élevé de crimes et de délits.

Si, pour M. Claude (des Vosges), il ne paraît pas possible d'établir une relation certaine entre le nombre des cas de réforme pour vices de conformation, débilité, défaut de taille, et la consommation de l'alcool, il n'en est pas moins certain que dans les départements où la consommation est la plus large, le nombre des réformés est le plus élevé; et il cite entre autres la Seine-Inférieure où il y avait en 1873, 405 exemptés pour 6,604 inscrits, soit 6 0/0, et en 1886, il y en a eu 1,629 sur 6,733 inscrits, soit 24 0/0, le chiffre a ainsi quadruplé en quatorze ans; la Somme et les Vosges ont été en 1885 dans les mêmes conditions, plus défavorables encore pour l'Ille-et-Vilaine.

Les suicides ont, eux aussi, augmenté dans une effrayante proportion.

	NOMBRE DES SUICIDES PAR ALCOOLISME.	PROPORTION POUR CENT SUR L'ENSEMBLE DES SUICIDES.
	—	—
1861 à 1865..	439	9.05
1866 à 1870..	646	14.00
1871 à 1875..	564	11.00
1876 à 1880..	799	I2.6
1884.....	809	11.00
1885.....	868	11.00
De 1836 à 1840, ils n'avaient été que de		5.3

Ce ne sont là que des chiffres portant sur l'ensemble des départements; Lunier avait fait une étude pour

©BIUM

chacun d'eux en particulier, et il avait trouvé que dans le département de la Seine, dans celui du Calvados, de la Manche, de la Somme, la proportion sur cent suicides, des suicides dus à l'alcoolisme, était de 35 à 20 0/0, chiffre qui concorde absolument, sur les cartes qu'il avait dressées, avec la consommation de l'alcool par tête. L'analogie est frappante aussi entre ces cartes et celles de la folie et de la criminalité.

M. Claude (des Vosges), après avoir largement développé ces considérations générales, étudie les moyens de combattre l'alcoolisme. Ce qu'il voudrait atteindre c'est la fabrication par les bouilleurs de cru avec l'extension qu'ils donnent à leur privilège en transgressant la loi même qui le constitue. Il montre combien la loi de 1875 a favorisé la production clandestine, si bien qu'aujourd'hui la consommation apparente, c'est-à-dire taxée, ne représente qu'une partie de moins en moins importante de la consommation réelle ; que l'on peut estimer à près de deux millions d'hectolitres la quantité d'alcools de toutes provenances, frauduleusement soustraite à l'impôt.

Rappelant le mouvement qui emporte tous les peuples vers la réforme de leur législation sur l'alcool, il adjure la France de ne pas rester en arrière, et il formule les conclusions suivantes :

Suppression du privilège des bouilleurs de cru, c'est-à-dire abrogation pure et simple de la loi du 14 décembre 1875.

Interdiction de la circulation de tous alcools, eaux-de-vie, liqueurs, reconnus par l'analyse chimique nuisibles à la santé. Les alcools toxiques, dits supérieurs, devront être absolument éliminés dans la fabrication des spiritueux.

Le contrôle hygiénique des alcools fabriqués est obligatoire.

©BIUM

L'alcoolisation des vins ne pourra pas être opérée avec un autre alcool que l'alcool chimiquement pur. Le degré normal des vins ne devra pas dépasser 12°. La législation en vigueur s'appliquera aux vins présentant une force alcoolique supérieure à 12° (le degré normal étant ainsi abaissé de 15° à 12°).

Le sucrage des vins doit être préféré au vinage, lors même que celui-ci serait pratiqué avec de l'alcool chimiquement pur.

Le taux actuel des licences sera majoré jusqu'au quadruplement.

Nous n'avons pas donné toutes les conclusions de cet important travail ; celles que nous reproduisons suffisent à en faire comprendre et l'esprit et la portée. Quant à nous, qui nous trouvons chaque jour aux prises avec l'alcoolisme, qui voyons croître le nombre des aliénés, des dégénérés, des suicides, des criminels, sous l'influence pernicieuse de l'alcool, et qui, sans nous lasser jamais de répéter le cri d'alarme, sommes réduits à la plus désolante impuissance, nous appelons de tous nos vœux l'action des pouvoirs publics. Aujourd'hui l'enquête faite par la Commission du Sénat, résumée sous une forme saisissante dans le Rapport de M. Claude (des Vosges), a porté la lumière, il faudrait maintenant « aboutir ».

Parmi tant d'œuvres publiées sur ce sujet dans ces derniers temps, il en est une que la Société française de Tempérance a honorée de l'une de ses récompenses ; elle était méritée. M. Marambat, greffier en chef de la prison de Sainte-Pélagie, s'est livré aux plus curieuses recherches. Il a pris les dossiers de 2,950 individus condamnés sur lesquels les renseignements étaient complets, et il a dressé le tableau suivant :

©BIUM

	NOMBRE TOTAL DES CONDAMNÉS.	NOMBRE D'INDIVIDUS ADONNÉS A LA BOISSON.	POUR CENT
Au-dessous de 20 ans..	206	188	63.5
De 20 à 30 ans.....	956	712	73.7
30 à 40 —	771	585	75.9
40 à 50 —	504	373	74.0
50 à 60 —	269	192	71.4
60 et au delà	144	74	51.4
	2.950	2.124	72

Parmi les jeunes gens, la proportion pour cent est donc presque aussi forte que pour les adultes, les habitudes d'ivrognerie ainsi contractées de bonne heure deviennent l'un des facteurs les plus puissants de la récidive. Dans la catégorie des délits ou des crimes contre les personnes, commis avec violence, on trouve sur 415 condamnés, 366 individus intempérants, soit 88, 2 0/0. Pour les cas de rupture de ban, mendicité et vagabondage, la proportion est de 79.4 0/0 (272 condamnés = 216 ivrognes). Chez les récidivistes, au nombre de 2,199 sur 2,950, la proportion des ivrognes est de 78 0/0 ; sur les 751 individus renfermés pour la première fois dans un établissement pénitentiaire, il y avait 398 ivrognes, soit 53 0/0. Parmi les récidivistes on en compte 441 qui ont été condamnés antérieurement pour le fait d'ivresse; le tableau suivant donne la preuve de leur indifférence pour la peine dont ils ont été frappés :

Ont été condamnés :

1 fois.....	300	8 fois.....	1
2 —	67	9 —	3
3 —	25	10 —	2
4 —	16	13 —	2
5 —	10	15 —	2
6 —	6	16 —	2
7 —	5		
	429		12
TOTAL...	441		

©BIUM

Ces chiffres inspirent à M. Marambat cette triste réflexion : « De tout temps il y a eu des ivrognes, mais le nombre n'en a jamais été aussi élevé qu'aujourd'hui. »

La question a tenté d'autres écrivains qui, avec un réel talent, ont traité à leur tour de l'alcoolisme au point de vue social. M. le Dr Piéchaud dans un livre intitulé : « *Les misères du siècle,* » a réservé plusieurs chapitres aux dangers de l'alcoolisme, à son influence délétère sur la famille, sur l'individu. Nous ne voulons pas lui faire de reproches, autre chose est un livre destiné à mettre à nu une plaie sociale, autre chose est un traité scientifique comportant des développements étendus. Le premier s'adresse aux masses et cherche à les saisir par un tableau aussi fidèle que possible du mal que l'auteur veut combattre. Certains côtés sont mis en relief, d'autres restent volontairement dans l'ombre, et dans une vue d'ensemble de tant et de si effrayantes misères, il ne faut pas demander plus de quelques pages réservées spécialement à l'alcool. Si cela nous paraît un peu bref à nous qui avons l'habitude d'aller plus au fond des choses, cela suffit peut-être à ceux qui n'ont besoin que d'être avertis. A ce titre, l'œuvre de vulgarisation a bien son mérite encore, et nous avons pensé qu'elle valait d'être signalée.

Le livre tout récemment paru de M. le Dr Riant vise plus haut et plus loin. Il a pour titre : *Les Irresponsables devant la justice.* Licencié en droit, lauréat de la faculté de droit de Paris, M. le Dr Riant a su réaliser une alliance que, pour notre part, nous trouvons heureuse, entre le droit et la médecine ; reprenant une thèse qui lui est plus qu'à tout autre familière, il discute dans une introduction savante les doctrines nou-

©BIUM

velles sur la responsabilité, et se plaint de voir croître le nombre des irresponsables.

Il blâme la tendance de la science moderne, « dont les affirmations réelles ou prétendues, les conclusions fermes ou prématurées, les hésitations même, ébranlent les magistrats, rendent les jurés perplexes, et conduisent à un véritable abus des circonstances atténuantes. » Un peu sévère pour la biologie et la sociologie criminelles, M. Riant est conduit à des déductions un peu forcées ; nous savons bien qu'il y est en quelque sorte autorisé par des affirmations qui restent trop absolues ; mais nous connaissons trop l'esprit droit et juste de M. le Dr Riant pour craindre de le contredire. L'anthropologie criminelle date d'hier ; des hommes jeunes, laborieux, instruits, se sont passionnés pour elle, et ont déjà publié des travaux d'une réelle valeur. Ils disent volontiers qu'ils s'appuient sur des données *positives*. Doit-on leur en faire un crime ?

Peut-on songer à leur reprocher d'avoir étudié l'homme avec des procédés sévères, d'avoir appliqué à cette étude, comme c'était leur droit, les données de l'anthropologie et de les avoir parfois préférées à celles de la psychologie ? Ils ont peut-être été un peu loin en faisant jouer un rôle trop important à l'atavisme, en voulant dégager un peu trop vite un type absolu. Mais quelle est donc la science nouvelle qui n'a pas ses exagérations et ses audaces ? Elles ne s'imposent pas, on les peut discuter, on les peut surtout réduire, et ce qui reste n'est pas à dédaigner.

M. le Dr Riant aurait raison d'être effrayé si les tendances qu'il combat avec la plus chaleureuse, la plus sincère conviction, étaient aussi subversives qu'il le suppose. Il semble croire que le nombre des irresponsables s'est accru parce que des savants ont cherché une autre formule que celle adoptée jusqu'ici, et que,

©BIUM

s'apercevant que la responsabilité humaine n'a pas de criterium, que l'idée de cette responsabilité est toute métaphysique, ils ont essayé de lui en substituer une autre, plus positive. Il y a bien longtemps déjà qu'on a écrit que la société n'avait pas à punir, mais qu'elle avait le droit de se défendre. Rappelant un mot de Victor Cousin, M. Riant dit que ce droit de défense sociale serait « une atroce injustice » s'il n'avait plus son origine dans la notion du juste. En cela, il a parfaitement raison. Aussi, nous ne voulons pas plus que lui affaiblir la notion du juste, et nous avons été heureux de trouver dans un livre de M. Emile Accollas (*Les délits et les peines*) une appréciation du criminel qui, sous une forme concise, résume des idées qui nous sont venues par une fréquentation déjà longue du monde criminel : « En résumé, le criminel est un infirme, un malade : il est un ignorant ayant la pire ignorance, celle des choses de la raison et du cœur. C'est un homme dont la liberté morale et dont la responsabilité sont au-dessous de celles de l'homme normalement équilibré et doué, au-dessous de celles de l'homme de bien ; c'est par conséquent un homme qui n'est point en état de se conduire lui-même, et à quelque âge qu'il soit parvenu, le criminel est par conséquent un mineur.

« Mais à l'égard des mineurs, mineurs par la faiblesse de l'âge, mineurs par le vice de l'esprit, comment procède-t-on? On les soumet à une tutelle, et on s'efforce de les placer dans des conditions de nature à amener ce grand résultat : les faire devenir ou redevenir des majeurs. »

Comme corollaire, théorie d'éducation ou de guérison mise en œuvre par la société.

« Mais que deviendra l'idée de la peine? Que devient lui-même le droit de punir?

« Le droit de punir, il se transforme pour la société en

©BIUM

un devoir comme en un droit d'essayer d'amender, d'essayer de corriger, d'essayer d'enseigner la notion et le respect du droit des autres, à l'égal de la notion et du respect de leur propre droit, à ceux ou qui ne les ont jamais connus, ou qui, les ayant connus, les ont oubliés.

« Quant à la peine, à son tour, idée et fait, elle disparaîtra, — elle disparaîtra pour faire place à la recherche et à l'application du traitement le mieux approprié à l'état mental et moral du délinquant. »

Qu'on nous pardonne cette longue citation ; elle est, nous le croyons, une réponse aux préoccupations de M. le Dr Riant. Cette conception nouvelle du criminel et du droit pénal, n'est pas pour déplaire à son esprit honnête et juste, et il acceptera plus volontiers peut-être que nous répétions cette phrase de Pascal : « Les lois fondamentales changent, le droit a ses époques, » et que, dans nos rapports avec la justice, l'étude de l'homme, dans son état physique, intellectuel, moral, dans les conditions de milieu social où il a vécu, tienne aujourd'hui plus de place qu'autrefois, et nous conduise à des conclusions plus humaines.

Est-ce à dire que nous répudions le principe de la liberté morale? Nous avouons hautement que nous nous croyons, que nous nous sentons libre de conformer nos actes aux notions morales élevées que nous devons à notre éducation, au milieu dans lequel nous avons vécu; nous avons été mis à même de prendre du bien, du vrai, du juste, une conception haute, et il nous plaît de vivre avec le respect de ce qui nous paraît être le devoir.

Mais qui pourrait dire que cette notion abstraite du devoir se dégage la même pour tous? Qui oserait nier l'influence des causes physiques, des causes sociales, sur nos déterminations? Qui, de bonne foi, pourrait méconnaître les dispositions incessamment variables de notre organisation si facilement et si vite troublée? Qu'on

©BIUM

ne courre pas aux exagérations, qu'on ne se montre pas d'une indulgence systématique, soit; mais qu'on ne refuse pas d'admettre la différence qui existe réellement entre les catégories de délinquants ou de criminels que M. E. Ferri a si nettement établies au Congrès d'anthropologie de Rome.

Nous l'avons écrit ici, et nous le répétons volontiers, le mouvement scientifique nous porte aujourd'hui vers une conception du droit pénal autre que celle qui a prévalu dans le passé : l'école positive a donné déjà sa mesure, les écrits de Ferri, de Garofalo, de Marro, de Sergi, de Lombroso, de Morselli, chez nous de Lacassagne, de Tarde, de Bordier, de Dubuisson, de Féré, d'Albert Desjardins, ont ouvert des horizons nouveaux; s'il reste beaucoup à faire encore, ce qui a été fait déjà témoigne de la maturité d'esprit, des convictions sincères et profondément honnêtes de ceux qui se sont donné la tâche d'étudier les plus graves des problèmes de la biologie et de la sociologie criminelles.

Nous nous sommes laissé entraîner bien loin de l'alcoolisme, nous y revenons avec M. le Dr Riant. Nous nous associons sans réserves à tout ce qu'il écrit dans le style le plus élevé sur ses dangers, sur sa marche progressivement envahissante, et nous partageons son indignation généreuse contre les faiblesses de toute nature qui permettent au fléau d'étendre ses ravages.

Pour M. Riant, il paraît regrettable qu'il se soit « trouvé des esprits disposés à voir dans l'usage immodéré de l'alcool, dans l'excitation de l'ivresse passagère, accidentelle, dans le délire violent ou dans l'état d'hébétude, de déchéance intellectuelle et morale, suite des lésions plus ou moins profondes déterminées par l'alcoolisme, aigu ou chronique, des causes d'excuse et d'irresponsabilité morale et pénale. Il semblerait qu'on

©BIUM

eût été fondé à y voir une aggravation plutôt qu'une atténuation, ou une suppression de la responsabilité, puisque l'ivresse accidentelle ou habituelle, l'alcoolisme aigu ou chronique, représentent comme de nouvelles défaillances de la volonté, et n'ont été peut-être que des moyens intentionnellement mis en usage pour triompher des dernières résistances de la conscience, étouffer ses trop gênantes protestations, éteindre ses dernières clartés » (p. 96).

Nous avons cité textuellement. Ce passage exprime bien, en effet, toute la pensée de M. le Dr Riant, et les pages qui suivent n'en sont que le développement. Trop instruit, clinicien trop expérimenté, M. Riant ne pouvait pas refuser d'admettre qu'il pût y avoir, au point de vue médico-légal, des différences entre l'ivrognerie, l'ivresse simple et les états pathologiques consécutifs à l'intoxication alcoolique prolongée. Mais l'alcoolisé lui inspire une telle répulsion, qu'il voudrait pouvoir l'atteindre toujours, et il ne cache pas son sentiment. « En dehors de l'ivresse, dit-il, il y a des actes commis par des individus livrés aux excès alcooliques. Pour les innocenter, ce n'est plus l'ivresse qu'on invoque, mais l'état mental altéré, les facultés déchues, dégradées..... La question devient surtout délicate quand il s'agit, non plus de l'homme ivre au moment de l'acte incriminé, mais d'un agent placé sous l'influence de l'acoolisme aigu ou chronique. Ici que d'allégations difficiles à contredire, et devant lesquelles l'affirmation n'est pas plus facile à établir que la négation! On est en plein domaine de présomptions et de conjectures, et il est aisé de prévoir que l'on inclinera, dans le doute, vers l'acquittement fondé sur l'irresponsabilité, fût-elle plus présumée que prouvée » (p. 115). Et plus loin : « Voilà des appréciations scientifiques, des données générales, des présomptions, que devra confirmer l'étude des faits de la

©BIUM

cause, pour qu'il soit permis de conclure à l'irresponsabilité ; mais le thème est bien tentant pour l'avocat, bien respectable pour l'expert, et bien difficile à contester pour le juge ou le juré » (p. 117.)

M. le Dr Riant aurait bien raison de craindre si les médecins experts se montraient trop faciles à accepter l'irresponsabilité des alcoolisés. Mais il n'en va pas ainsi, d'ordinaire. Toutes les expertises médico-légales sont difficiles ; il n'y en a pas, peut-être, qui causent plus de soucis que celles qui ont pour objet l'étude de l'état mental d'un homme inculpé d'un crime ou d'un délit ; elles deviendraient impossibles si l'on avait la prétention de résoudre les questions par des formules qu'on adapterait, par à peu près, aux cas soumis à l'examen. — Dans les cas de folie confirmée, point d'embarras ; dans les cas douteux, lorsqu'il s'agit de ces individus que les médecins italiens appellent des « mattoïdes » et que, faute d'un mot meilleur, nous appellerons « les demi-fous », on arriverait à l'arbitraire si l'on s'écartait du principe sévère de l'analyse scientifique. Or, l'alcoolisme est, sans contredit, l'état qui exige l'examen individuel le plus attentif, qui suppose l'étude la plus minutieuse. Entre l'ivresse simple et l'alcoolisme chronique qui sont les deux termes extrêmes, il y a place pour une infinie variété de degrés, et le médecin qui ne s'en douterait pas, risquerait fort de compromettre, à la fois, le respect dû à la science, et les intérêts, peut-être même la vie, de l'inculpé.

Les distinctions que nous avons à établir ne sont pas subtiles, elles échappent à qui n'a pas l'occasion, comme nous, de voir se succéder les faits, et de tirer de chacun d'eux les conclusions auxquelles il conduit. Ce ne sont pas là des notions familières à tout le monde, et l'on comprend que ceux qui n'ont pas été à même de les acquérir s'arrêtent à une formule d'une extrême sim-

©BIUM

plicité : « L'ivrogne est libre de ne pas boire ; s'il commet en état d'ivresse un crime ou un délit, il en doit porter la peine. »

Nous ne pouvons pas parler ainsi et nous en avons donné les raisons. On les trouvera beaucoup plus développées dans une excellente thèse que la Faculté de médecine a récompensé, soutenue l'année dernière par M. le Dr Vétault. Nous sommes convaincu que M. le Dr Riant y trouvera ce qu'il cherche, non pas des solutions définitives, car, nous le répétons, chaque fait veut être étudié, pour ainsi dire, à part ; mais des indications assez précises pour qu'il lui soit facile de s'assurer que dans les expertises médico-légales relatives à l'alcoolisme, nous ne déclarons « irresponsables » que ceux dont l'intoxication alcoolique a troublé d'une manière durable les fonctions cérébrales, ou bien encore ceux qui, surpris involontairement par l'ivresse, ont été entraînés à des actes délictueux ou criminels.

Cette critique d'une partie du livre de M. Dr Riant ne saurait donner qu'une faible idée de l'importance des problèmes qui y sont étudiés. Nous avons voulu le signaler à l'attention, comme l'une de ces œuvres que l'on peut discuter, mais où la sincérité de l'écrivain, doublée d'une incontestable valeur d'exposition, emporte l'estime même de ceux qui pourraient ne pas partager ses opinions.

A. Motet.

©BIUM

Pathologie.

SIMPLE CONTRIBUTION

A

L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'ÉPILEPSIE

Par M. le Dr HOSPITAL

Médecin en chef de l'asile d'aliénés de Clermont-Ferrand.

Avoir la prétention d'apprendre quelque chose de nouveau à nos lecteurs sur l'épilepsie, serait, de ma part, une outrecuidance impardonnable. Bien que j'aie pu observer, dans mon service de Sainte-Marie, depuis plus de vingt ans, cinquante malades au moins, à la fois, sans compter ceux vus au dehors, puis-je me flatter d'avoir découvert quelque épiphénomène, qui aurait échappé à la sagacité d'autres observateurs? C'est, en effet, fort douteux. Comme la rage, cette maladie a été connue de tout temps ; comme elle, elle inspire un effroi, une épouvante d'autant plus légitimes, que, quoique non immédiatement mortelle, elle paralyse l'existence sociale par le danger incessant qui résulte de ses attaques irrégulières et instantanées. Si, dans l'hydrophobie, l'anxiété réside dans cet *aléa*, de savoir quand la maladie fera son apparition, pour l'épilepsie, elle réside dans cet autre *aléa*, de savoir quand la maladie finira! Cette seconde conjoncture est, peut-être, plus pénible encore que la première, faute de solution. Que peut entreprendre

©BIUM

celui qui est atteint de ce mal redoutable, quand, à chaque instant, il peut être terrassé d'une manière foudroyante par l'attaque ; peut-il même se bercer de l'espoir de guérir ? Oui, heureusement ; et c'est dans cette conviction que, pénétré comme tous mes collègues aliénistes, du *désidératum* qui existait, à cet égard, je créai, dans les dépendances de l'établissement de Sainte-Marie, avec l'assentiment de l'administration de cet asile, en 1885, une *double annexe indépendante*, avec installation confortable, à l'usage des deux sexes, pour *épileptiques simples*, non *aliénés*. A peine cette nouvelle maison de santé était-elle ouverte, que des malades s'y présentaient pour suivre un traitement régulier.

En effet, au sombre tableau qui précède nous offrons un large adoucissement ; l'épilepsie est guérissable ! Chez les uns, les accès disparaissent après un traitement assidûment suivi, pour ne plus revenir ; chez d'autres, ils sont espacés et plus ou moins atténués ; chez quelques-uns, l'*ictus* redoutable perd de son instantanéité, ou même se transforme en petit mal, ou en des accès bénins, compatibles, au moyen de quelques précautions, avec la vie ordinaire.

Ces résultats heureux étant toutefois peu fréquents, la genèse du mal caduc étant multiple et sur bien des points encore entourée d'obscurité, on ne saurait trop accumuler les éléments d'investigation, même les plus minimes, propres à éclairer une question si importante ; lors même que des observations similaires relateraient des faits semblables et connus, il n'y a pas toujours identité absolue, et des comparaisons peuvent se dégager des indices précieux à connaître et à étudier ensuite plus en grand. Ce sont ces considérations qui m'ont déterminé à vous présenter quelques nécropsies choisies parmi un grand nombre.

A côté de cette consolation offerte au triste sort des

©BIUM

épileptiques, c'est-à-dire la perspective d'une amélioration, et même d'une guérison, il en est une autre que la Providence leur offre; j'ai remarqué, en effet, que les épileptiques étaient moins chagrins, moins désespérés qu'on serait en droit de s'y attendre, tant il est vrai que l'homme finit par se demi-habituer aux situations les plus pénibles, et qui, au premier moment, paraîtraient les plus insupportables ; le chagrin n'est pas éternel, et les monomanies anxieuses sont sensiblement plus guérissables ; voyez les aveugles; vous est-il arrivé quelquefois de songer à ce tombeau, qui vous recèle tout vivant, et qu'on appelle la cécité ? Eh bien, les aveugles finissent par avoir un caractère tranquille, même gai.

Avant de commencer la série des observations, faisons part d'un signe, que moi, et probablement bien d'autres ont remarqué, c'est le regard, ou plutôt l'œil des épileptiques ; c'est quelque chose de foncé et de profond, difficile à décrire, et qui ne se saisit qu'à la longue ; cet « *habitus* » de l'œil et de son regard m'a plus d'une fois éclairé, *de visu*, sur la nature de la maladie d'un nouveau malade avant tout interrogatoire ; il m'a paru être plus manifeste chez les femmes.

Observation I.

Hydropisie arachnoïdienne. — Femme : quarante ans, intelligence faible, attaques épileptiques violentes, survenant tous les mois par série de cinq à six ; dans les derniers mois, crises augmentant de véhémence, et se succédant presque sans interruption ; redoublement quelques jours avant la mort, état subcomateux, face congestionnée, pas de regard ; le lendemain, pouls irrégulier, misérable, vite, etc., mort : trois ans de traitement dans l'asile.

Autopsie. — Dix-huit heures après la mort : forte congestion des vaisseaux et sinus de la dure-mère ; granulations blanchâtres en haut et surtout à gauche de la faux, très probablement les glandes de Pachioni hypertrophiées ; en ce point, la méninge est très amincie, arachnoïde envahie par une *gelée sé-*

©BIUM

reuse, qui comble les sinuosités; cerveau régulier, molasse, sablé rougeâtre généralisé surtout à droite, ventricules normaux.

Réflexions. — L'état séreux méningé est évidemment ancien : l'état congestif est au contraire récent ; il résulte de la multiplicité des crises, et a entraîné la mort.

Observation II.

Hydropisie de l'arachnoïde, et ostéophyte de la dure-mère. — Femme : soixante ans; depuis cinq ans dans la maison ; épileptique, plusieurs crises mensuelles, par séries ; entendement affaibli.

Autopsie. — Ecume roussâtre par la bouche ; corps pâle ; dure-mère, présentant au vertex, une adhérence avec le dessous; sinus gorgés de sang, plusieurs contenant des caillots, arachnoïde très œdématiée, formant une couche de gelée grise à la périphérie cérébrale, cerveau gros, ramolli, s'aplatissant sur le marbre; rien de particulier quant aux circonvolutions; substance grise tirant sur le jaunâtre, substance blanche, légèrement pointillée ; ventricules latéraux grands et presque remplis de sérosité, rien aux autres régions de l'encéphale : *repli de la dure-mère, situé en arrière* de la selle turcique, converti en os.

Observation III.

Acéphalocystes cérébrales. — Femme : vingt-neuf ans, accusée de meurtre de son enfant nouveau-né; épileptique; intelligence assez développée et conservée : attaques multiples et fortes, parfois plusieurs par jour, puis agitation; entre temps se plaignant d'un *mal de tête violent et persistant;* peu de mois après son entrée, en dépit des bromures, série de crises subintrantes, coma et mort rapide.

Autopsie. — Pas d'adhérences crâniennes à la dure-mère qui est indemne; autres membranes saines; cerveau extérieurement normal, sur les deux hémisphères on remarque de petites taches grisâtres ne dépassant pas la surface cérébrale et paraissant translucides; en les isolant de la pulpe dans laquelle elles paraissent enchâssées comme un verre, on énuclée facilement une petite boule, grosse comme un pois; c'est la partie supérieure de ces petites sphères, qui donne l'apparence de taches

©BIUM

grisâtres mentionnées plus haut; l'énucléation laisse dans la pulpe cérébrale l'empreinte en creux des petits corps, aussi bien que le ferait un gros grain de plomb dans la terre glaise; le corpuscule enlevé, on constate qu'il se compose de *deux* membranes, l'extérieure est un petit kyste opaque, vasculaire, assez épais; à peine ouvert, il donne issue à un second kyste hyalin, fin, transparent, assez solide lui-même, pas complètement plein, car mis à plat, il devient lenticulaire et tremblant; cette petite poche ressemble ainsi à une belle perle opale de la grosseur d'une lentille. Cette deuxième enveloppe, examinée au microscope, paraît composée d'une sorte de feutrage très fin chatoyant et de quelques nervures plus grosses, se rendant toutes à un *point blanc*, qui s'aperçoit très nettement en dedans de la bulle en question. Ce second kyste ouvert, laisse échapper un fluide légèrement opalin, dans lequel le microscope ne laisse rien entrevoir de particulier; rien non plus à la surface interne de la membrane; ce sont des hydatides stériles, c'est-à-dire ne contenant pas cette seconde membrane claire, aux parois de laquelle on trouve les échinocoques. Ce point blanc mentionné plus haut et adhérant fortement à la tunique translucide, au point de paraître n'en être qu'une dépendance, est, lui aussi, un tout petit kyste; sa membrane est opaque et beaucoup plus dure que la grande; en l'ouvrant, il en sort peu de liquide, qui est surchargé de corpuscules ainsi constitués : ils sont tellement nombreux, qu'ils se serrent les uns contre les autres, et adhèrent assez fortement à la paroi interne du kyste blanc; irrégulièrement arrondis, transparents, lenticulaires à deux surfaces bombées, sensiblement plus gros que les globules sanguins; aucune trace d'organisation ne s'y montre; sont-ce des œufs d'échinocoques futurs, ou des cysticerques en voie d'organisation? Ces kystes complets sont répandus un peu partout dans l'encéphale, au nombre d'environ 150 à 200. Leur degré de développement n'affecte pas de point particulier; gros et petits sont côte à côte; dans le corps strié ils sont plus serrés; les couches optiques en ont quelques-uns; il s'en trouve à la base; la moelle n'en a pas.

Réflexions. — Il est bien probable que nous avons eu affaire à l'acéphalocyste de Laënnec, qui est constitué par des granules contenues dans une hydatide. En effet, si nous nous fussions trouvé en présence de cysti-

©BIUM

cerques ou d'échinocoques, nous eussions découvert plus distinctement les suçoirs et les crochets de cet animalcule, tandis que nous n'avons observé que de petits sacs, sans traces d'appendices. Ces cysticerques ont été observés dans l'épilepsie d'une manière indéniable par un grand nombre d'auteurs (Aran, Nivet, Cornillon, Küchenmeister, Reynaud, etc., etc.). Les hydatides et acéphalocystes, si fréquentes chez certains animaux, sont beaucoup plus rares chez l'homme.

Et maintenant quelle corrélation établir entre les kystes en question et les accès du mal-caduc? Ces derniers correspondent-ils à des éclosions et évolutions microzoaires? La doctrine microbienne actuelle, relative en particulier aux fièvres intermittentes, tendrait à ne pas faire repousser cette hypothèse; ici, nous remarquons qu'il n'y a eu ni paralysie, ni convulsions ataxiques, ni démence.

Observation IV.

Kystes cérébraux multiples. — Jeune fille : quatorze ans, dans l'asile depuis trois ans; épileptique, intelligence conservée, deux attaques par semaine, très fortes; parfois l'attaque préludait par quelques troubles psychiques : alors surexcitation, rires, turgescence faciale; au moment de la crise : anxiété indicible dans la physionomie, regards méchants, petits cris d'alarme; *tournant* et *marchant en arrière*; parfois elle avait le temps de s'asseoir, mais le plus souvent elle roulait à terre en perdant connaissance, et l'attaque suivait sa marche ordinaire; enfin, série formidable d'attaques se succédant sans interruption pendant deux jours, jusqu'à ce que mort s'ensuive.

Autopsie. — Adhérence intime de la dure-mère avec la voûte arachnoïde fortement œdématiée; sinus et veines gorgés de sang noir; pie-mère congestionnée; cerveau symétrique et de conformation normale, sablé rouge dans tout son parenchyme; en avant de la moelle allongée, noyau de ramollissement pulpeux gros comme une noisette, et qui pourrait peut-être bien être un ancien foyer apoplectique. A la partie inférieure des hémisphères cérébraux, celle qui est en contact avec la base du crâne,

©BIUM

et en arrière, on constate, de chaque côté, l'existence de deux petites vessies, semblables à une ampoule qui résulterait d'une brûlure; ces vessies sont arrondies, légèrement bosselées et grosses comme une noisette; elles sont enchâssées dans la substance grise du cerveau dont elles sont cependant séparées par une fausse membrane; elles s'énucléent facilement; on a alors une ampoule jaunâtre, translucide, remplie de liquide. Plongées dans l'alcool, elles se recroquevillent un peu et perdent de leur translucidité; ouvertes, elles laissent échapper un liquide trouble, assez épais, qui, examiné au microscope, se trouve composé d'un fluide citrin tenant en suspension un grand nombre de corpuscules blancs, amorphes, floconneux, et qu'on ne peut pas mieux comparer, comme aspect, à celui présenté à l'œil nu par l'urine qui contient de l'albumine coagulée. La membrane d'enveloppe, examinée a un fort grossissement, paraît hyaline et à peine organisée; dans un des points de la poche kystique, on remarque la présence d'un noyau, gros comme une petite lentille, résistant, très solide, adhérent fortement à la membrane par de fortes fibres, blanc, arrondi, composé d'une membrane d'enveloppe opaque, très épaisse, et d'un intérieur blanc, pâteux et feutré. Examiné au microscope, ce produit se compose de filaments enchevêtrés, contenant dans leurs mailles un grand nombre de globules ovoïdes un peu aplatis, plus gros que les globules sanguins. Un tout petit nucléole contient, lui, des globules noirs rectangulaires irréguliers et disposés concentriquement.

Dans d'autres régions du cerveau, nous constatons l'existence de ces noyaux blancs, mais seuls, sans kyste séreux, comme le précèdent, ils contiennent de la matière feutrée, mais bien moins de globules blancs, et pas de globules mélaniques; ils sont tous (5 ou 6) dans la partie extérieure de la substance grise. Ventricules et cervelet sains.

Quels sont ces produits? doit-on y voir une des évolutions des hydatides, échinocoques, et autres, ou simplement des kystes hétéromorphes à divers degrés de développement? quel a été leur rôle dans les accès d'épilepsie? Mystère.

Observation V.

Adhérence très forte de la dure-mère à la voûte. — Fille depuis cinq ans dans l'asile : quarante-huit ans; série de trois ou quatre fortes attaques mensuelles; après la crise, phase d'in-

©BIUM

cohérence et d'agressivité : entendement obtus ; tombe morte subitement.

Autopsie. — Os crâniens durs ; congestion prononcée ; adhérence intime de la dure-mère ; sang noir et poisseux.

Observation VI.

Désorganisation des couches optiques. — Femme, quarante-trois ans ; dans l'asile depuis quatre ans ; démence. Deux accès maniaques agités, et à la suite bavardage intarissable, incohérent, que rien ne peut arrêter ; puis amaigrissement ; deux attaques épileptiques par semaine très violentes ; mort pas marasme.

Autopsie. — Corps squelettique. Rien d'anormal dans les os et les méninges ; peu de sang ; peu de sérosité ; premières couches cérébrales intactes ; ventricules latéraux remplis de sérosité, qui, en s'écoulant, laisse s'affaisser les hémisphères ; corps calleux et strié, intacts ; couches optiques altérées, ramollies inférieurement en putrilage jaune grisâtre. Rien de particulier dans les circonvolutions antérieures gauches. Il n'y avait rien eu du côté de la vue.

Observation VII.

Altération des pédoncules cérébraux. — Femme, cinquante et un ans ; depuis très longtemps dans l'asile ; démence paralytique ; deux ou trois attaques épileptiques très fortes par semaine ; mort presque subite.

Autopsie. — Pédoncules cérébraux présentant, en un point situé à leur réunion au-dessous de l'espace perforé, près de l'origine des nerfs moteurs-oculaires-communs, chacun un point de ramollissement occupant la presque totalité des pédoncules ; la partie altérée est d'un brun rougeâtre, pulpeuse, en forme de noyau, s'enlevant par énucléation, ainsi que sous un filet d'eau ; nerfs sains ; ces lésions sont évidemment anciennes.

Résumé. — La lésion anatomique, pathognomonique de l'épilepsie, est encore à trouver. Tous les auteurs qui se sont occupés de cette question s'accordent à regarder celles qu'ils ont découvertes jusqu'à présent, comme n'ayant pas un caractère suffisamment accentué, pour qu'on ait pu y voir l'unique genèse de ce triste mal. Ces lésions

©BIUM

ont été retrouvées chez des sujets qui n'avaient point présenté d'attaques; de même que chez ceux qui en ont été atteints, on n'a parfois trouvé rien d'affirmatif, même avec le secours des instruments de physique et des réactifs chimiques, soit comme nature spéciale d'altération, soit comme localisation. Parmi ces lésions, les unes sont anciennes, pouvant se rattacher à une foule d'autres maladies ; les autres plus récentes, et n'étant le plus souvent que le résultat direct d'une complication mortelle. Celle qui paraît avoir produit le plus fréquemment les accès, est la compression cérébrale, soit par hydropisie, ou par corps étrangers, soit par infiltration et productions hétéromorphes; quant à la transformation des tubes nerveux, à l'épaississement du névrilème, etc., ce n'est encore qu'obscurité.

Pour ce qui est des questions de périodicité, de régularité ou non, d'intermittence, d'alternance, de *circularité* : tout autant de problèmes qui donneront, longtemps encore, de la tablature aux chercheurs.

Mentionnons, avant de clore cet entretien déjà trop long pour le lecteur, le singulier épiphénomène que j'ai constaté dans le coma épileptique qui précède la mort de quelques instants, ainsi que chez quelques apoplectiques moribonds, c'est l'ampleur, la force et même la dureté du pouls.

©BIUM

TROUBLE SPÉCIAL

DE LA

SENSIBILITÉ CUTANÉE

(SENSATION DE MOUILLURE)

OBSERVÉ CHEZ DEUX ALIÉNÉES

Par M. le Dr J. RAMADIER

Médecin adjoint à l'asile d'aliénés de Lafond.

Observation I. — S... âgée de quarante-trois ans, est entrée à l'asile de Lafond le 6 décembre 1887.

Nous manquons de renseignements sur son père et sa mère qui sont décédés depuis longtemps. De deux sœurs qu'elle a eues, l'une est devenue aliénée à la suite de couches, l'autre, à peu près saine d'esprit, a donné le jour à deux enfants qui sont morts de méningite.

Ce que nous savons sur notre malade avant son entrée à Lafond se résume en peu de mots. Elle a mené une vie très accidentée, irrégulière, a commis de nombreux excès surtout pendant un séjour de quatre années qu'elle a fait en Afrique.

Pour ce qui est de la menstruation, elle n'a jamais été réglée d'une façon régulière ; depuis cinq ans elle a eu à différentes reprises des métrorrhagies abondantes qui l'avaient très affaiblie.

Il y a six à sept mois, elle a présenté une surexcitation génésique insolite, presqu'en même temps ont apparu des troubles intellectuels caractérisés tout d'abord par des idées tristes et de suicide, puis sont survenues des idées de fortune et de grandeur. C'est à ce moment qu'elle nous a été amenée.

A son entrée à l'asile nous portons sur elle le diagnostic de paralysie générale en nous basant, au point de vue physique, sur de l'embarras de la parole, du tremblement des lèvres et de

©BIUM

l'inégalité pupillaire; au point de vue mental, sur des idées incohérentes de grandeur et de richesse.

Nous constatons en même temps chez notre malade un trouble spécial de la sensibilité cutanée consistant en une sensation de mouillure. Tous les vêtements que S... a sur le corps, tous les objets avec lesquels elle est en contact, sont mouillés, prétend-elle. Nous lui faisons tenir les yeux fermés par une infirmière et lui touchons différentes parties du corps, tantôt avec des linges secs, tantôt avec des linges mouillés, elle ne peut différencier ces linges et, quels qu'ils soient, accuse toujours au contact la même sensation de mouillure. Elle fait au contraire facilement la distinction d'un corps chaud d'avec un corps froid, se rend bien compte par le toucher de la forme d'un objet. Elle est sensible à la douleur et au chatouillement, et ne présente pas de zone d'anesthésie ou d'hyperesthésie.

Les sens de l'ouïe, de la vue et du goût sont conservés, celui de l'odorat est altéré, elle ne peut distinguer une odeur d'une autre.

La paralysie générale a évolué très vite. S... a maigri rapidement, a été en s'affaiblissant de jour en jour. Bientôt elle a dû garder le lit, en même temps est survenue la paralysie des sphincters amenant le gâtisme. Finalement elle a succombé dans le marasme, le 28 janvier 1888.

L'autopsie faite vingt-quatre heures après la mort nous a confirmé le diagnostic de paralysie générale que nous avions porté. Après avoir ouvert la boîte crânienne, nous avons constaté de l'épaississement de l'arachnoïde qui était opaque et lactescente à certains endroits, surtout en arrière, et présentait des tractus blanchâtres. La pie-mère, surtout au niveau de la première et seconde frontales droites et de la première frontale et de la pariétale ascendante gauche, offrait de nombreuses adhérences avec la substance grise qui était altérée.

Les nerfs olfactifs paraissaient plus mous et moins blancs qu'ils ne le sont normalement. Nous n'avons pu malheureusement les examiner au microscope.

Le trouble de la sensibilité, dont nous avons parlé, a persisté jusque dans les derniers jours de la vie. Tant qu'elle a pu s'exprimer d'une façon à peu près intelligible, S... s'est plainte d'être mouillée. Lorsqu'elle était levée, elle quittait ses vêtements et les portait devant le

©BIUM

poêle pour les faire sécher, au lit elle tordait presque continuellement ses draps pour en exprimer l'eau.

OBSERVATION II. — K..., âgée actuellement de soixante-deux ans, est entrée à l'asile de Lafond le 2 octobre 1874, transférée de l'asile de Bordeaux.

Nous n'avons pu recueillir à son sujet aucun renseignement au point de vue de l'hérédité et des antécédents.

A son entrée à l'asile elle était atteinte, disent les certificats médicaux, de folie épileptique avec périodes d'excitation coïncidant avec les accès. Elle présentait en outre des idées de persécution.

Les attaques d'épilepsie, assez fréquentes à son arrivée, sont devenues peu à peu plus rares et ont fini par disparaître sans traitement depuis près de deux ans. Il en a été de même des périodes d'excitation qui les accompagnaient.

Les idées de persécution sont restées les mêmes. Notre malade se croit, comme elle se croyait à l'époque de son entrée, poursuivie par un commissaire de police qui veut se venger de n'avoir pu obtenir ses faveurs. Elle se plaint cependant moins et paraît moins hallucinée; autrefois elle entendait presque continuellement des injures que ne cessait de lui prodiguer le commissaire. Elle a eu aussi pendant un certain temps des idées d'empoissonnement, ne buvait que de l'eau, triait ses aliments; à présent elle boit et mange comme tout le monde.

K... a éprouvé, jusqu'à l'époque où elle a cessé d'avoir des crises d'épilepsie, un trouble de la sensibilité analogue à celui que présentait la malade qui fait l'objet de notre première observation. C'était la même sensation de mouillure provoquée par le contact de n'importe quel objet, excepté de la laine. Aussi le jour notre malade s'enveloppait le corps d'une couche épaisse de laine et la nuit elle se couchait dans l'intérieur de son matelas qu'elle avait ouvert.

La sensibilité au toucher, à la douleur, à la température et au chatouillement étaient et sont encore normales chez K...

A raison de la coïncidence de la suppression de la sensation morbide de mouillure et de la guérison de l'épilepsie, nous nous demandons s'il ne faudrait peut-être pas rapporter l'une et l'autre à la même lésion.

Réflexions. — Les physiologistes admettent actuellement qu'il existe des modalités multiples, indépen-

©BIUM

dantes les unes des autres, de la sensibilité cutanée. Ils basent cette dissociation sur des faits pathologiques. C'est ainsi que Beau, le premier, ayant observé chez des malades l'existence séparée de l'anesthésie tactile et à la douleur, distingua la sensation de contact de celle de douleur. Landry, quatre ans après, s'appuyant sur des faits du même genre, fut amené à admettre trois espèces de sensibilité : contact, douleur et température. Brown-Séquard y ajoute la sensation de chatouillement, ce qui portait à quatre le nombre de sensations spéciales cutanées.

Doit-on s'en tenir à ce chiffre? Pour être en droit de l'augmenter il faudrait, en suivant la voie des illustres physiologistes que nous venons de citer, constater une anesthésie, une hyperesthésie ou une perversion d'un mode de la sensibilité cutanée, avec conservation de la sensibilité au contact, à la douleur, à la température et au chatouillement. C'est ce que nous avons cru trouver chez les deux malades dont nous venons de présenter les observations.

Ces deux malades nous ont offert dans les conditions exigées, ce nous semble, une hyperesthésie ou une perversion d'une sensation pour laquelle nous demandons la reconnaissance d'une existence propre. Cette sensation est celle qui permet d'apprécier les différents degrès d'humidité des objets mis en contact avec la peau.

©BIUM

Archives cliniques.

27.

ASILE DE NANTES. — M. LE DOCTEUR BIAUTE.

Mélancolie suicide consécutive à l'onanisme.

SOMMAIRE. — Jeune homme de vingt-cinq ans. — Antécédents héréditaires et onanisme. — Mélancolie, consomption, nombreuses tentatives de suicide. — Moyens de contention pour empêcher le suicide et l'onanisme. — Retour à une santé physique vigoureuse et guérison de la mélancolie.

Cette observation a déjà paru en partie dans le *Progrès médical* du 17 septembre 1887, à l'acticle « Phénomènes consécutifs à deux tentatives de pendaison », article rédigé par un de mes internes, M. Terrien.

Je ne la reprends aujourd'hui que pour parler de la cause efficiente de la folie, l'onanisme, et dire par quel mécanisme nous avons vaincu la passion et fait recouvrer au sujet la santé morale, en même temps que la santé physique qui avait été excessivement compromise.

G..., vingt-cinq ans, célibataire, est entré à l'asile Saint-Jacques, le 31 mai 1887.

Antécédents héréditaires. — Arrière-grand-père et arrière-grand-oncle aliénés sans avoir été séquestrés; grand'mère hystérique; plusieurs cousins ont eu des troubles intellectuels. Une sœur a été atteinte de mélancolie hypochondriaque à l'âge de dix-neuf ans; je ne l'ai connue que pendant quelques jours, à mon arrivée dans le service de l'asile de Nantes, où elle est

©BIUM

morte le 14 janvier 1884, âgée de vingt-quatre ans, par phthisie pulmonaire; après une période relativement courte de délire, la stupidité était survenue. Le père et un frère de G... présentent du bégaiement, comme le malade lui-même.

Malgré toute cette hérédité accumulée, on ne cite rien de particulier durant l'enfance et la jeunesse de G... Fils de cultivateurs, il n'a été envoyé à l'école que pour apprendre à lire et à écrire; de bonne heure il a été occupé au travail des terres appartenant à la famille.

Six mois avant l'admission à l'asile, sans cause appréciable, G... s'est mis à se plaindre de lassitude générale, de douleurs qui lui enlevaient toute sa force; il a fini par se dire impropre à tout travail, le délire et l'inaction sont devenus continus, le sommeil manquait et les aliments étaient refusés; il n'y avait pas d'hallucinations. Pour se soustraire à ses souffrances, G... a essayé de se donner la mort, une fois en se jetant à l'eau, une autre fois en absorbant du laudanum laissé à sa portée. Le placement à Saint-Jacques eut lieu dans ces conditions.

C'est un grand jeune homme, à tête mal conformée, un peu bègue comme son père et un de ses frères. G... se présentant sans hallucinations, n'attribuant ses misères à aucune influence mystérieuse, à aucun pouvoir occulte, à aucun genre d'ennemis, il y avait à se demander s'il n'était pas dans une phase devançant une aliénation mentale d'une autre forme ou plus systématisée dans le sens du délire lypémaniaque, phase uniquement préparée par la tare héréditaire; il y avait lieu de rechercher si l'abattement physique, faisant déjà exprimer des plaintes hypochondriaques et délirantes, n'était pas sous la dépendance de la tuberculose, qui avait jadis occasionné la mort d'une de ses sœurs. L'influence

©BIUM

héréditaire était acceptable, mais la phthisie pulmonaire fut écartée après examen.

La prostration physique, les gémissements du malade, ses plaintes hypochondriaques ayant trait à des palpitations, à des douleurs ressenties dans le cou, le dos, l'estomac et l'abdomen, son facies spécial, firent penser avec raison à la masturbation, car le délire n'avait pour base que les douleurs physiques occasionnées par ce vice, ressenties et exprimées par ceux qui s'y adonnent. Le malade ne tarda pas à en faire l'aveu.

Le 14 juillet, G... fait une tentative de suicide qui échoue dès le commencement d'exécution; le 13 août, il en fait une plus sérieuse par pendaison; il resta suspendu pendant trois ou quatre minutes au moins et il était temps qu'il fût décroché après avoir été retrouvé dans l'endroit où il s'était caché. Il présenta des phénomènes consécutifs très curieux, relatés par M. Terrien dans le *Progrès médical*, phénomènes sur lesquels je ne reviendrai pas avec détails : agitation convulsive de l'épileptique, contractures et clownisme de l'hystérique, mouvement giratoire à droite.

Quand tout danger eut disparu, quand les forces furent plus sûres, quand le réveil fut quelque peu accentué, mais lorsque G... était encore en état d'inconscience manifeste, l'instinct passionnel fut le premier à paraître : G... exécuta les mouvements de la masturbation en présence de tous ceux qui avaient été appelés à lui donner des soins après la scène tragique qui venait de se passer. Ce ne fut qu'avec la plus grande peine qu'on parvint à arrêter son manège; car, toujours inconscient, il se débattait et saisissait sa verge avec acharnement. Il n'y avait pas eu éjaculation pendant la pendaison.

G... a eu encore dans la suite le même délire, il se disait impropre à toutes choses et émettait souvent

©BIUM

l'idée que la mort serait préférable pour lui ; il fit encore deux nouvelles tentatives de suicide, dont une par strangulation, au milieu de la nuit, couché et allongé sous ses draps, le lien fixé aux barreaux de la tête du lit.

L'état mental et l'état physique étaient à cette époque, octobre 1887, excessivement mauvais. Malgré toute surveillance, nous ne pouvions que prévoir la réalisation du suicide par un moyen quelconque ; nous voyions le malade dépérir, il était sans force, amaigri, courbé. Un de ses voisins de dortoir, celui qui avait donné l'éveil lors de la dernière tentative de suicide, aliéné dangereux, mais se croyant chargé d'une part de surveillance dans la section, nous fit savoir que G... se livrait à l'onanisme d'une manière effrénée, que souvent même il se levait pour le frapper sur les mains et le déranger dans ses mauvaises habitudes.

Dans un but de réelle protection, pour empêcher une plus grande consomption dont nous connaissions la cause et pour empêcher le suicide, il fut décidé que G... conserverait continuellement, nuit et jour, une ceinture de toile qui enlèverait l'usage des mains retenues par le poignet sur les côtés du corps, au moyen de courroies rembourrées et fixées sur la ceinture.

Ainsi maintenu, le malade acceptant la nourriture, nourri d'ailleurs à la sonde pendant quelques jours parce qu'il la refusait obstinément au temps de si grand abattement, la santé physique revint progressivement, le corps prit de l'embonpoint, la physionomie un meilleur aspect et des couleurs ; à la fin de novembre, G... était en excellente voie de recouvrer les forces et l'ampleur qui convenait à sa haute taille. Il se plaignait déjà moins, il n'exprimait que rarement le délire d'autrefois ; à quelques visites, il se montrait souriant, paraissant honteux de son vice. Il demanda de lui enlever

©BIUM

la ceinture, mais nous ne voulions pas compromettre le succès qui se préparait si complet.

Au 15 décembre, la santé était florissante.

Le 24 décembre, pour le soumettre seulement à une épreuve, on cessa l'emploi de la ceinture. Il n'y eut pas nécessité de recourir de nouveau à cette mesure, car ni gardiens ni malades n'aperçurent plus les exercices d'onanisme. Le malade avait été bien prévenu des malheurs qui l'attendaient s'il continuait à s'adonner à ce vice ; il sut apprécier le changement qui s'était opéré par la cessation de sa funeste habitude; il promit d'être corrigé pour toujours. C'était peut-être un serment pareil à celui des alcooliques et des ivrognes qui nous passent sous les yeux; en tout cas, l'état mental, comme l'état physique, est resté bon, et G... complètement libre de renouveler les tentatives de suicide, il n'y en a plus eu.

G... a été remis à ses parents le 17 janvier 1888, guéri.

Je vais finir par quelques courtes remarques.

Le frère et la sœur ont été atteints d'une maladie mentale sensiblement homologue, mélancolie hypochondriaque, avec tendance au suicide pour le jeune homme. La cause prédisposante était une hérédité intense. La cause occasionnelle a été inconnue pour la jeune fille et je ne rechercherai la probabilité d'aucune, car je n'ai pas assez connu la malade, ne l'ayant vue que durant quelques jours au début de mon service à l'asile de Nantes ; elle est vite tombée dans la stupidité et est morte phthisique. La cause occasionnelle est certainement l'onanisme pour le garçon ; la folie dans ce cas n'a été caractérisée que par l'expression exagérée et anxieuse de tous les phénomènes physiques dus à ce vice, sans autres troubles psychiques ou sensoriels. La guérison se maintiendra-t-elle longtemps? G... peut être à

©BIUM

l'abri de nouvelles rechutes; mais s'il ne tient pas sa promesse, l'onanisme est certes suffisant pour provoquer un nouvel accès qui, en raison de la cause, a aussi toutes les chances de se terminer rapidement par la stupidité et par la phthisie pulmonaire, comme pour sa sœur.

Je veux faire remarquer la masturbation inconsciente après la pendaison et dire qu'elle a une grande analogie avec les impulsions et autres actes inconscients observés immédiatement après l'attaque d'épilepsie, impulsions et actes qui sont parfois en rapport avec quelques passions prédominantes ou avec des idées sur lesquelles l'esprit s'est préalablement arrêté, impulsions et actes qui acquièrent alors une gravité exceptionnelle pour l'appréciation médico-légale de la responsabilité, question traitée dans la Chronique des *Annales* de juillet 1885.

Je veux dire enfin que le moyen de contention que j'ai employé durant une période de temps relativement longue était nécessaire; le résultat l'a prouvé. Je ne crois pas qu'un magistrat aurait pu m'accuser de dépasser les bornes du traitement humain, bornes qu'un tribunal a voulu récemment délimiter, et, à ce sujet sur lequel je ne m'appesantis pas davantage, je renvoie les lecteurs à l'article de M. le Dr Constans. (*Annales médico-psychologiques*, n° de juillet 1887.)

©BIUM

Médecine légale.

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

par M. le Dr A. GIRAUD

Directeur-médecin de l'asile de Saint-Yon.

SOMMAIRE. — Les incendiaires. — Rapport sur l'état mental de la femme P..., par les Drs Laënnec, Rouxeau et Biaute : Délire de persécution, irresponsabilité. — Affaire R..., par les Drs Cerné, Delaporte et Martinenq : Délire de persécution, irresponsabilité. — Affaire B..., femme P..., par les Drs Michel et A. Giraud : Lypémanie, démence consécutive, irresponsabilité. — Affaire M..., par le Dr Langlois : Paralysie générale, irresponsabilité. — Affaire A..., par les Drs Cortyl et Delaporte : Imbécillité, irresponsabilité. — Affaire Th..., par les Drs Cerné, Cortyl et Delaporte : Dégénéré héréditaire, irresponsabilité. — Affaire C..., par le Dr Delaporte : Manie instinctive, irresponsabilité. — L'incendiaire de l'asile d'Ostende, par les Drs Henry Bonnet et A. Paris de Châlons-sur-Marne.

Nous avons, en 1882, passé en revue une série de rapports médico-légaux ayant trait à des incendiaires. Depuis cette époque de nouveaux faits nous ont été communiqués, et, l'année dernière, Marandon de Montyel a publié avec observations à l'appui, dans les *Archives de neurologie*, un travail intitulé : *Du diagnostic médico-légal de la pyromanie*, par l'examen indirect. A une époque où les incendies sont d'une grande fréquence, tout ce qui a rapport à l'état mental des incendiaires devient une actualité, et c'est ce qui nous a déterminé à reprendre les incendiaires comme sujet de notre revue de médecine légale.

©BIUM

Marandon de Montyel conclut son travail en disant qu'il existe une maladie mentale caractérisée essentiellement, sinon uniquement, par une impulsion irrésistible à mettre le feu ; que dans un très grand nombre de cas le diagnostic est impossible par l'examen direct, soit à cause de la dissimulation des accusés, soit à cause de leur faiblesse intellectuelle, et que, dans ces cas, le diagnostic peut être établi par certaines données relatives aux faits incriminés et aux accusés ; ces données sont au nombre de quatorze.

Il n'entre pas dans le plan de notre revue d'analyser le travail de Marandon de Montyel, travail auquel chacun peut recourir. Dans nos deux revues de 1882, nous étions arrivé à cette conclusion que l'acte d'incendier avec le dessein de mettre le feu est observé dans diverses formes de folie ; pour nous, ce qui avait été décrit sous le nom de pyromanie ou folie incendiaire n'était qu'une variété du délire des actes ou folie impulsive, et ne s'appliquait pas à tous les aliénés incendiaires. C'est aussi l'opinion qu'a exprimée Max Simon dans son traité, *Crimes et délits dans la folie*, chapitre III, lorsqu'il dit : « Autrefois tous les faits d'in-
« cendie commis par les aliénés étaient réunis et étudiés
« sous le nom de pyromanie..... Un examen plus at-
« tentif montre que les aliénés, loin d'être toujours
« uniquement poussés par le besoin maladif que sem-
« blerait indiquer le nom de pyromanes qui leur était
« donné, agissent sous des influences diverses, et qu'il
« convient, par suite, de les classer dans des catégories
« distinctes... Il convient alors de ne donner à la pyro-
« manie que la valeur d'un symptôme, symptôme ac-
« quérant parfois une prédominance singulière. C'est
« cette prédominance qui a vraisemblablement conduit
« les anciens auteurs à créer la classe artificielle des
« pyromanes, que justifie en de certaines limites la fré-

©BIUM

« quence grande des cas où se rencontre une véritable « impulsion irrésistible chez les aliénés qui se livrent à « l'incendie. »

Dans les faits nouveaux que nous avons à analyser, nous rencontrerons diverses formes de folie. Nous n'avons donc pas à modifier notre manière de voir, puisque ces faits viennent confirmer l'opinion que nous avons déjà émise. Le travail de Marandon de Montyel ne porte que sur une catégorie d'incendiaires. Nous ne contestons pas l'intérêt de ses recherches, mais nous ne croyons pas que les aliénés incendiaires puissent former une classe spéciale.

La femme P..., examinée par les Drs Laënnec, Rouxeau et Biaute, à Nantes, avait déjà comparu devant la cour d'assises et le défenseur avait obtenu le renvoi de l'affaire pour qu'il fût procédé à l'examen de l'état mental. L'accusée avait été soupçonnée d'avoir allumé deux incendies, mais n'avait pas été poursuivie faute de preuves. Après un troisième incendie, elle avait fait des aveux aux gendarmes, racontant qu'elle avait pris une motte qui brûlait dans le foyer de sa maison et l'avait portée dans la paille de la grange du nommé P..., sans s'en occuper davantage ; elle était ensuite allée au bourg voisin pour affaires personnelles. Elle indiquait, comme mobile de l'acte, que le sieur P... lui en voulait depuis longtemps et lui cherchait toujours chicane. Quelques jours après elle fit les mêmes aveux devant une autre personne et en présence de son mari, et elle ajouta : « J'ai été poussée à le faire, je ne suis pas la plus grande coupable, et si ça va plus loin, je déclarerai tout. »

Mise en accusation, elle revint sur ses déclarations, et nia avoir fait des aveux. Elle se prétendit innocente et accusée à faux par des parents de son mari, par vengeance et jalousie. La femme P... avait déjà été condamnée deux fois pour coups volontaires, puis elle avait

©BIUM

cité une voisine devant le juge de paix pour insultes publiques; mais la réalité de son accusation n'ayant pu être démontrée, elle fut condamnée aux frais du procès.

La femme P... était âgée de trente-neuf ans. — Les experts n'ont pas trouvé d'antécédents héréditaires. Elle était tout à fait illettrée, elle ne paraît pas avoir jamais été bien intelligente. La santé physique a toujours été bonne. Elle a eu quatre accouchements à terme et une fausse couche. Dans tout le cours de l'observation, elle a nié qu'elle eût mis le feu, et elle s'est plainte de ses voisines et des parents de son mari, les accusant de lui faire toutes sortes de tours, d'enlever son linge, de le cacher, de détériorer la nourriture préparée pour les lapins et pour les autres bêtes; se plaignant d'injures, de coups, et même d'avoir eu un sort jeté sur elle. Elle attribuait sa fausse couche à ses persécuteurs.

Les experts n'ont pas hésité à considérer comme délirante cette croyance à la persécution. L'affection mentale greffée sur la faiblesse d'esprit a eu une évolution lente; après une période prodromique elle est entrée dans la période des illusions et des interprétations délirantes, c'est-à-dire dans une période où la maladie est confirmée et prend le nom de délire des persécutions. La femme P... est donc aliénée, et c'est sous l'influence de son délire qu'elle a été poussée à commettre les actes qui lui sont reprochés.

Les conclusions du rapport sont :

« 1° Jeanne-Perrine P..., femme P..., est atteinte « d'aliénation mentale caractérisée par la manie des « persécutions; elle était déjà dans cet état quand les « actes qui lui sont reprochés ont été commis;

« 2° Elle est irresponsable dans le sens complet de « l'article 64 du Code pénal;

« 3° Il y a lieu de demander son admission dans un

©BIUM

« établissement spécial d'aliénées, pour qu'elle y soit « maintenue et qu'elle y soit traitée tant que, par son « état mental, elle sera reconnue dangereuse pour l'ordre « public et la sécurité des personnes. »

L'accusée devait passer de nouveau aux assises, puisque le renvoi avait été ordonné avant que l'expertise n'eût lieu. Les experts maintinrent leur opinion. Au cours des débats une question délicate fut posée au Dr Biaute. M. le président lui fit observer qu'à Saint-Nazaire le tribunal avait condamné l'accusée à quinze jours de prison ; cette femme était donc folle alors, et on l'avait condamnée par erreur. M. Biaute a répondu qu'à la dernière session un assassin avait été déclaré irresponsable, et cependant cet homme avait déjà été condamné sept fois ; jusqu'à ce moment, il n'avait donc pas été reconnu aliéné ; il l'est devenu en dernier lieu, et il suit encore un traitement.

Le ministère public abandonna l'accusation en déclarant qu'il fallait avoir confiance dans la déclaration des docteurs, parce que ce ne sont pas de ces médecins qui voient la folie quand même ; car bien des fois, malgré les circonstances extraordinaires qui se présentaient dans les instructions, ils ont affirmé la responsabilité des accusés.

La femme P... fut acquittée, mise à la disposition de l'autorité administrative et placée à l'asile Saint-Jacques. Plusieurs mois après son admission, le délire était toujours bien manifeste.

Il paraît donc incontestable que, dans ce cas, l'incendie avait été allumé sous l'influence d'un délire systématisé et dans le but de se défendre contre des persécutions.

Nous signalerons en passant le témoignage de confiance donné par le ministère public aux experts. Nous constatons l'autorité que nos confrères ont su acquérir,

©BIUM

et ils le doivent sans doute à la modération et à la netteté de leurs conclusions. Quant à la question posée au Dr Biante par le président des assises, elle était assurément fort embarrassante ; car il fallait y répondre sans paraître manquer de déférence à la justice. Notre confrère s'est montré habile en tournant la difficulté. Il est possible que la femme P... ne fût pas encore en état d'aliénation confirmé au moment où elle a subi une condamnation à Saint-Nazaire, et en tout cas l'aliénation mentale n'était pas bien démontrée. On ne doit pas néanmoins en déduire que les magistrats ne condamnent plus aujourd'hui des aliénés, surtout en matière correctionnelle. Nous pourrions citer plusieurs cas de condamnations qui sont de véritables erreurs judiciaires. La justice correctionnelle s'exerce souvent d'une manière sommaire ; le fait étant d'ordinaire flagrant, l'instruction est très courte. A l'audience de nombreuses affaires sont jugées, et généralement les accusés n'ont pas de défenseur. Dans ces conditions, il faut aux magistrats une bien grande habitude des aliénés pour s'apercevoir qu'un des prévenus n'est pas sain d'esprit, surtout quand les juges ne sont pas prévenus de l'existence possible d'un trouble intellectuel.

Le nommé R..., examiné par les Drs Cerné, Martinenq et Delaporte, à Rouen, s'était introduit dans une maison habitée, mais au moment où il savait qu'il n'y avait personne dedans, et il y avait mis le feu à l'aide d'allumettes. Après avoir commis cet acte, loin de chercher à fuir, il est resté sur le théâtre du sinistre, regardant le bâtiment brûler, et menaçant les personnes qui venaient pour combattre l'incendie.

Les experts ont présenté en ces termes la physionomie de l'accusé :

« Le nommé R... est un homme de trente-deux ans, « de taille moyenne, bien constitué, mais un peu amaigri.

©BIUM

« L'œil est animé, mais le regard reste fixe et indique, « de prime abord, que l'inculpé est très concentré en « lui-même, et préoccupé de toute autre chose que de « ce qui se passe autour de lui. R..., interrogé par nous, « hésite d'abord à répondre et reste les yeux baissés ; « mais, encouragé par quelques paroles bienveillantes, « il se décide bientôt à nous regarder en face et à ré- « pondre à nos questions ; il parle avec lenteur, laissant « une longue pause entre la demande et la réponse : « on voit que chez lui la conception est difficile, et la « mémoire déjà profondément atteinte. Malgré ses ef- « forts, il ne parvient pas à retrouver des dates impor- « tantes et qui ont dû faire époque dans l'histoire de « sa vie. »

R..., néanmoins, a pu renseigner les experts sur sa famille et sur ses antécédents sans manifester aucune conception délirante ; mais il n'en n'a plus été de même, dès qu'il a été interrogé sur le motif de son arrestation. Il affirma sans hésiter qu'il avait mis le feu à cette maison parce que ceux qui l'habitaient lui avaient fait du mal autant qu'ils avaient pu ; il avait voulu alors que la maison disparût du sol, et que ses habitants disparussent du pays. La nuit, il s'entendait insulter sans voir ses insulteurs.

R... avait été traité antérieurement dans une maison de santé. Depuis plusieurs années il se montrait mélancolique, il était tourmenté par des hallucinations de l'ouïe, et il se croyait poursuivi par des personnes qui lui voulaient du mal. Il avait fait plusieurs tentatives de suicide.

On ne pouvait s'arrêter à l'idée de la simulation, et les experts résument ainsi leur appréciation :

« Étant donnés tous les renseignements que nous « avons pu recueillir, nous pensons que, depuis plusieurs « mois, l'état d'aliénation mentale du nommé R... était

©BIUM

« notoire dans le pays. Il est regrettable que l'on ait « attendu aussi longtemps pour le faire entrer dans « un asile. L'acte qu'il a commis a été la conséquence « de son délire ; il a fini par se venger de ceux qui l'appe- « laient lâche jour et nuit, lorsque la voix impérieuse « de l'hallucination lui a commandé de le faire. Le « hasard a voulu qu'il allumât un incendie ; il eut tout « aussi facilement commis un meurtre, s'il s'était trouvé « armé en présence de ses prétendus ennemis. »

Les conclusions du rapport sont :

« 1° Le nommé R... est atteint de lypémanie, affec- « tion mentale actuellement caractérisée par un délire « de persécution avec hallucinations de l'ouïe ;

« 2° C'est sous l'influence de la folie qu'il a agi en « allumant un incendie en septembre dernier, et il ne « peut, à notre avis, être considéré comme responsable « de cet acte ;

« 3° Nous estimons que le sieur R... doit, dans l'in- « térêt de l'ordre public et de la sûreté des personnes, « être placé le plus tôt possible dans un asile d'aliénés.»

A la suite de ce rapport, une ordonnance de non-lieu fut rendue et le placement à l'asile de Quatre-Mares fut ordonné. Il s'agit ici encore, comme dans le cas précédent, d'un incendiaire agissant sous l'influence du délire systématisé, qu'on ne saurait qualifier de pyromanie. C'est d'ailleurs l'idée qu'ont exprimée les experts quand ils ont dit : « *Le hasard a voulu qu'il allumât un incendie*, » il eût pu, tout aussi facilement, commettre un meurtre sous l'influence de son délire.

Nous avons eu à examiner avec le Dr Michel, de Bar-le-Duc, une femme poursuivie pour incendie volontaire, et qui, tout en niant avoir commis le fait incriminé, présentait un délire très manifeste de persécution.

B..., femme P..., était âgée de quarante-trois ans ; elle

©BIUM

vivait séparée de son mari, quoiqu'elle eût continué à habiter la même commune. Elle était mère de six enfants vivants. Le ménage a présenté cette particularité que le mari a été traité à deux reprises différentes à l'asile de Fains, et une des filles, de sa nature faible d'esprit, a eu un accès aigu de folie, et a été, elle aussi, traitée à Fains. Le sixième enfant est né après la séparation et a été conçu pendant que le mari était en traitement à l'asile. Malgré la séparation des parents les aînés des enfants ont vécu tantôt avec le père, tantôt avec la mère. La femme P... a fait mauvais ménage avec son mari, qui, de son côté, a commis des excès alcooliques, et a eu des démêlés avec la justice ; elle avait la réputation de manquer d'ordre.

Les circonstances du fait incriminé nous renseignaient peu sur l'état mental de la prévenue. Vers cinq heures du matin, un incendie éclatait dans le grenier d'une maison appartenant à la femme P..., louée par elle, et voisine de celle qu'elle-même habitait avec trois de ses enfants. Les locataires de la maison incendiée étaient au lit et dormaient quand l'alarme a été donnée. Ils se sont donc trouvés à l'abri de tout soupçon. Un orifice de communication avait été laissé par les maçons dans le mur séparant les deux maisons de la femme P... ; or, c'est au niveau de cet orifice que l'incendie avait paru éclater. L'attitude étrange de la femme P... et d'une de ses filles, et certaines réponses contradictoires de la mère et de la fille avaient éveillé les soupçons, d'autant plus que la maison était assurée pour une valeur supérieure à la réalité. Enfin, la femme P... avait parlé de vendre sa maison et elle était levée quand l'alarme a été donnée. Aux charges qui pesaient contre elle, la prévenue n'opposa que des négations sans s'expliquer sur les contradictions qui étaient relevées dans son interrogatoire.

©BIUM

Notre première visite a eu lieu à la maison d'arrêt, et nous avons constaté de suite des troubles intellectuels. D'une part, les facultés mentales nous ont paru affaiblies et, d'autre part, nous avons noté un délire manifeste des persécutions. La mémoire ne faisait pas défaut, mais la prévenue était obligée de chercher et de rappeler ses souvenirs pour trouver la date de l'incendie et le jour où elle avait été amenée à la maison d'arrêt. Elle se faisait même aider par la gardienne pour arriver à reconstituer ces dates. Il ne nous a pas semblé qu'il y eût chez elle de la simulation. Lorsque nous lui parlions de l'accusation qui pesait sur elle, elle se bornait à nier qu'elle eût mis le feu, et son système de défense était que le feu avait pris dans le grenier de ses locataires; mais le point sur lequel elle s'est étendue, c'est qu'on lui faisait des misères. Tout le monde lui en voulait dans le pays et on jetait de l'eau sur son petit. Elle revenait sans cesse sur ce sujet, en disant qu'on « inondait son petit » et que cela n'avait pas de bon sens. En outre, elle s'entendait insulter chez elle, alors qu'elle avait soin de fermer hermétiquement ses fenêtres. La gardienne nous a signalé que la prévenue refusait toute nourriture. Interrogé sur les motifs de ce jeûne, la femme P... nous a répondu qu'elle savait bien qu'on faisait cuire pour elle *une préparation* dans la cour.

La prévenue pouvait difficilement être conservée à la maison d'arrêt dans de semblables conditions et fut transférée à l'asile de Fains. Là, elle consentit à prendre des aliments, mais nous avons constaté la persistance du délire des persécutions avec hallucinations de l'ouïe et affaiblissement de l'intelligence. Elle ne se préoccupait en aucune façon de sa fille arrêtée en même temps qu'elle. Elle se croyait menacée d'être brûlée, prétendant qu'on disposait une grande chaudière pour la faire cuire. Chez elle, nous a-t-elle dit, on pénétrait

©BIUM

chez elle, et elle entendait marcher dans son grenier, alors même qu'elle avait eu soin de fermer et de barricader sa porte. A l'asile, elle entendait, la nuit, venir *clancher* la porte, et elle reconnaissait la voix de gens de son pays. Elle persistait à nier qu'elle fût l'auteur de l'incendie, mais n'opposait aux charges pesant sur elle que des négations.

En résumé, nous avons constaté qu'elle était atteinte de lypémanie partielle avec hallucinations de l'ouïe et prédominance du délire des persécutions. La maladie n'offrait pas les caractères d'une affection aiguë, et l'affaiblissement de l'intelligence, qui n'était autre que la démence consécutive, nous fit penser que le début devait remonter à plusieurs années. Les délirants par persécution étant susceptibles de commettre des actes dangereux, nous avons conclu en ces termes :

1° La nommée B..., femme P..., est aliénée ;

2° Elle est atteinte de lypémanie chronique avec prédominance de délire des persécutions et démence consécutive ;

3° Elle doit être considérée comme irresponsable de ses actes et maintenue séquestrée dans un établissement d'aliénés.

Une ordonnance de non-lieu fut rendue. Mise à la disposition de l'autorité administrative, un arrêté préfectoral ordonna son maintien à l'asile de Fains.

Un rapport du Dr Langlois nous montre un incendiaire appartenant à une autre catégorie de malades.

Le prévenu qui habitait une chambre garnie dans une des rues les plus populeuses de Nancy, avait mis le feu à deux reprises différentes en plein jour, et pendant que ses fenêtres étaient ouvertes. La première fois, un passant, la seconde fois, le propriétaire ayant aperçu de la fumée, montèrent et éteignirent facilement ces commencements d'incendie. A la seconde tentative, M...

©BIUM

fut arrêté et dirigé sur Maréville pour être soumis à l'observation médicale. Au moment de son arrivée à l'asile, le prévenu présentait tous les symptômes de la manie aiguë ; il était loquace, incohérent, agressif, crachant à la figure des personnes qui l'approchaient et cherchant à les mordre. Quelques jours après, et sous l'influence d'un traitement, l'agitation disparut ainsi que l'insomnie et les hallucinations. Interrogé, M... reconnut qu'il avait deux fois mis le feu chez lui, une première fois avec sa lampe à pétrole, la seconde fois en allumant une botte de paille. Il ne put indiquer aucun mobile de ces actes, tout en soutenant qu'il n'avait pas eu la tête dérangée et qu'il n'était pas fou, mais qu'il avait fait une bêtise. Quoique le prévenu fût devenu calme et en apparence lucide, certains signes firent penser au Dr Langlois que l'accès d'agitation pouvait être une phase initiale de paralysie générale. M... conservait un contentement exagéré de lui-même ; il avait un sourire de satisfaction personnelle, une haute idée de son individualité, et parfois du mâchonnement. Il avait perdu le souvenir de ce qui s'était passé après son arrestation, et il demandait sa sortie de l'asile sans avoir conscience de sa situation d'inculpé. Quel que fut le diagnostic précis de la forme d'aliénation mentale, l'irresponsabilité ne pouvait pas être douteuse. L'acte incriminé avait été commis sans aucun mobile appréciable. On avait déjà constaté que M... perdait la tête, et, lors du commencement d'incendie, son attitude était plus qu'étrange, car on l'avait trouvé debout une boîte de cirage à une main, un canif dans l'autre main, et regardant brûler la paille.

Les conclusions du rapport sont :

« 1° M... est atteint d'aliénation mentale ;

« 2° Au moment de l'acte qui lui est reproché, il ne « jouissait pas de la plénitude de ses facultés ;

©BIUM

« 3° Il n'est pas responsable. »

Une ordonnance de non-lieu fut rendue et M... fut maintenu d'office à Maréville. Quelques mois après, les signes somatiques de la paralysie générale se manifestèrent presque subitement après une nouvelle phase d'agitation maniaque de courte durée, et le malade mourut dans le marasme un an après son admission.

Ce fait est un exemple assez rare d'impulsions à l'incendie au début de la paralysie générale.

Si l'on rencontre des incendiaires chez des aliénés atteints de formes différentes de folie, c'est assurément chez les faibles d'esprit que l'on observe le plus souvent l'impulsion à l'incendie, mais là encore on peut trouver en même temps d'autres tendances à mal faire.

Le nommé A..., examiné par les Drs Cortyl et Delaporte, était accusé :

1° D'avoir la nuit frappé un agent de police :

2° D'avoir une autre nuit mis le feu à des barraques en planches ;

3° D'avoir, dans une autre nuit, mis le feu volontairement dans un bâtiment ;

4° D'avoir soustrait deux révolvers la nuit à l'aide d'effraction ;

5° D'avoir, dans d'autres circonstances, soustrait frauduleusement, la nuit, une certaine quantité de cuir et de formes au préjudice d'un cordonnier ;

6° D'avoir, une autre nuit, soustrait frauduleusement avec effraction une certaine quantité de marchandises et d'objets divers ;

7° D'avoir, une autre nuit encore, soustrait frauduleusement une certaine quantité d'objets mobiliers.

Il était poursuivi sous l'inculpation de vol et d'incendie.

A... était un jeune homme de vingt-deux ans, de taille un peu au-dessous de la moyenne, et paraissant jouir

©BIUM

d'une bonne santé physique. Le crâne ne présentait pas de déformation bien sensible, quoique un peu aplati dans son diamètre bilatéral, avec le front un peu fuyant. Les experts décrivent ainsi la physionomie de l'accusé : « L'aspect général est celui d'un idiot. Son regard est « défiant, mal assuré. L'ensemble de sa physionomie, « bien que dépourvue de toute expression vraiment in- « telligente, laisse néanmoins percer un certain degré « d'astuce et d'hypocrisie. » Les experts n'eurent sur ses antécédents d'autres renseignements que ceux qu'il donna lui-même. Il n'avait jamais eu connaissance que dans sa famille il y eut des aliénés ou des épileptiques. Lui-même n'avait jamais été atteint d'aucune maladie nerveuse. Il prétendait seulement avoir eu deux fois la fièvre typhoïde dans son enfance. Interrogé au sujet de sa conduite, il avoua qu'il menait une vie fort déréglée, et qu'aussitôt qu'il avait de l'argent, il le dépensait au cabaret ou avec des filles de mauvaise vie. Il s'enivrait à l'occassion, mais prétend qu'il n'en avait pas l'habitude. On ne découvrait d'ailleurs, chez lui, aucun symptôme d'alcoolisme. A... a été interrogé à diverses reprises par les experts. Son attitude est restée constamment la même. Chez lui, la perception était très sensible et très lente. Il était affecté d'une certaine surdité, mais cette surdité n'expliquait pas à elle seule l'effort qu'il faisait pour répondre aux questions d'ailleurs très élémentaires qu'on lui adressait.

« A..., disent les experts, manque certainement de « franchise, mais s'il cherche à nous tromper, c'est sim- « plement en niant ses méfaits, comme le ferait un en- « fant qui veut éviter un châtiment ; en un mot, il « dissimule, mais il ne simule pas, ses négations suivies « presque immédiatement d'aveux les plus complets « prouvent la naïveté de ses moyens de défense. Il « commence généralement par nier, mais un geste

©BIUM

« d'autorité, un simple coup d'œil sévère l'amènent « presque toujours à avouer ce dont on l'accuse, et peut- « être même des actes dont il ne s'est pas rendu cou- « pable.

« ..... Comme presque tous les individus de sa caté- « gorie, selon nous, il obéit complètement à ses impul- « sions passionnelles, quelles qu'elles soient, sans que sa « volonté puisse intervenir d'une manière efficace, et « vienne y mettre un frein. C'est un individu dangereux « pour la société, tant à cause de ses mauvais instincts « qu'à cause de la facilité avec laquelle il se ferait l'ins- « trument aveugle de scélérats plus pervertis et plus « habiles que lui.

« De l'ensemble des considérations qui précédent « nous croyons pouvoir conclure :

« Que le nommé A... est bien réellement atteint « d'imbécillité et qu'en conséquence nous estimons qu'il « est incapable d'apprécier suffisamment la valeur de « ses actes pour en être déclaré responsable. »

Une ordonnance de non-lieu fut rendue et A... fut placé à l'asile de Quatre-Mares. Quelques mois après il fut rendu à sa famille qui le réclamait. La facilité avec laquelle il avouait tout ce qu'on voulait lui faire avouer, ce qui est déjà signalé dans l'expertise, fit naître le doute qu'il eût commis tous les méfaits dont il était inculpé, et il pouvait appartenir à la catégorie des accusés subissant, si on peut s'exprimer ainsi, la suggestion du juge d'instruction. Nous l'avons trouvé dans notre série d'individus accusés d'incendie volon- taire et nous l'y avons laissé. D'ailleurs, le fait d'un imbécile avouant avoir causé un incendie qu'il n'avait pas allumé, aurait mérité d'être cité à côté des observa- tions de véritables incendiaires. Quoique l'expert n'ait jamais à rechercher si l'accusation est bien fondée, on est en présence d'une sérieuse difficulté si l'accusé

©BIUM

a avoué un crime dont il n'est pas coupable, car il y a là une disposition d'esprit qu'on doit reconnaître et qu'on a le devoir de signaler. Nous pourrons reprendre ce sujet dans une autre revue, et nous revenons à nos incendiaires.

Le nommé Ch..., examiné par les Drs Cerné, Cortyl et Delaporte, était accusé d'incendie dans les circonstances suivantes :

La nuit du 14 au 15 juillet, deux incendies avaient éclaté presque simultanément dans un village, et les soupçons s'étaient portés presque aussitôt sur un jeune homme, non qu'il eut des motifs de haine ou de vengeance contre les sinistrés, mais uniquement parce qu'il était sorti vers deux heures du matin, très surexité, d'un café de la localité. Interrogé par les gendarmes, Ch... nia d'abord être l'auteur de ces incendies, mais on avait trouvé près du lieu d'un des sinistrés un paquet d'allumettes. Or, Ch... avait été au milieu de la nuit acheter chez un épicier un paquet d'allumettes et il avait été le lendemain prier l'épicier de garder le silence sur ce fait. Pressé de questions, il entra dans la voie des aveux et se reconnut coupable. Il raconta que sorti du café un peu pris de boisson, il avait voulu rentrer chez lui, mais trouvant la porte fermée et mécontent de ne pouvoir entrer, il avait eu l'idée de mettre le feu à une étable située à environ 100 mètres de l'habitation de ses parents. Il avait sauté un talus servant de clôture et avait mis le feu, au moyen d'une allumette, à la toiture qui était en chaume. Il était sorti de la propriété en escaladant le talus comme il l'avait fait pour entrer, et avait été crier : au feu! Puis il était entré dans une autre propriété en franchissant une haie, pour aller chercher dans une voiture de gerbes une torche de paille afin d'aller mettre le feu à une grange qu'il voulait incendier également, et est sorti armé de sa torche de paille en franchissant une

©BIUM

barrière. En chemin, comme il n'avait plus que trois ou quatre allumettes, il a jeté sa paille, et a été acheter chez l'épicier le paquet d'allumettes qui devait le trahir. Il a été alors mettre le feu à la grange, en franchissant les talus qui servaient de clôture à la ferme et en pénétrant dans le grenier à l'aide d'une échelle. Il est ressorti aussitôt et a jeté son paquet d'allumettes. Rencontrant un certain nombre de personnes qui se rendaient sur les lieux de l'incendie, il les a suivies et a donné son concours pour éteindre le feu.

« Ch..., disent les experts, est un individu de dix-neuf « ans, de constitution médiocre, assez peu développé « pour son âge. Il a l'air peu intelligent, sans présenter « toutefois de déformations de la face ou du crâne révé- « lant au premier coup d'œil l'idiotie et l'imbécillité. Il « jouit actuellement d'une bonne santé. Il était débile « dans son enfance, et, vers l'âge de douze ans, il a fait « une maladie caractérisée surtout par des accidents « cérébraux. Il aurait été à cette époque, pendant une « quinzaine de jours, sujet à des terreurs imaginaires « causées par des hallucinations. » Au moment où il était examiné, l'accusé n'avait ni hallucination ni délire, mais il montrait par des appréciations puériles combien son esprit était borné. Les actes incriminés sont, aux yeux des experts, de véritables actes de folie, puisqu'ils n'ont eu aucun mobile d'intérêt ou de vengeance et ne peuvent être que le résultat d'une instinctivité maladive dont l'hérédité fâcheuse de l'accusé donnait l'explication. Le grand-père était alcoolisé. Un oncle, du côté paternel, buvait, et, d'après les renseignements, devenait fou quand il avait bu. Le père était également alcoolisé et avait des habitudes d'ivrognerie antérieures à son mariage. Sa mère, malheureuse en ménage, avait été forcée de quitter le toit conjugal pendant plusieurs années à cause des mauvais traitements qu'elle avait à

©BIUM

subir de son mari presque toujours en ivresse, et elle attribuait l'arrêt de développement intellectuel de son fils aux frayeurs qu'elle avait eues étant enceinte.

Les experts ont pensé que l'excitation alcoolique n'était pas étrangère au développement de l'impulsion que l'accusé a subie quand il a mis le feu ; toutefois, l'alcool ne leur paraît avoir joué qu'un rôle secondaire, le rôle de cause occasionnelle. Ch... avait bu, il était surexcité, querelleur et taquin, mais il n'était pas en état d'ivresse et il a agi sous l'influence de son instinctivité maladive.

Les conclusions du rapport sont :

« 1° Ch... est un dégénéré héréditaire, sujet pour la « moindre excitation cérébrale à des impulsions mala- « dives ;

« 2° C'est sous l'influence d'un trouble intellectuel « qu'il a mis le feu, et nous estimons qu'au moment « où il l'a mis, il n'avait plus suffisamment conscience « de ses actes pour être responsable. »

Ch... a été l'objet d'une ordonnance de non-lieu, a été mis à la disposition de l'autorité administrative, et a été placé à l'asile des Quatre-Mares.

Ce cas rentre complètement dans la catégorie des faits cités par Marandon de Montyel, dans son article sur la pyromanie. Comme dans les observations de notre collègue, les incendies sont multiples, dans des matières faciles à enflammer, à la campagne, un soir de fête, à la sortie du cabaret. D'autre part, on relève l'absence du mobile, la faiblesse intellectuelle de l'accusé, des troubles intellectuels antérieurs, l'hérédité nerveuse, un âge voisin de la puberté, la circonstance d'avoir porté secours, la dissimulation au début de l'instruction. Cela suffit-il pour établir une forme spéciale de folie, la pyromanie, forme d'aliénation dans laquelle on ne peut pas faire entrer tous les aliénés incendiaires et quand on peut, sans inconvénient, rattacher *ces pyromanes* à

©BIUM

une catégorie bien définie d'aliénés? C'est sur ce point que nous avons différé d'avis avec notre collègue Marandon de Montyel.

Le nommé C..., examiné par le Dr Delaporte, est encore un héréditaire atteint de manie instinctive.

De mai à janvier, sept incendies avaient eu lieu, paraissant tous dus à la malveillance et sans qu'on pût en découvrir l'auteur. Ces incendies présentaient cette particularité qu'ils se manifestaient à la même heure, au commencement de la nuit, et qu'ils étaient allumés de la même façon, dans des tas de fagots ou de bourrées d'ajoncs situés dans des hangards adossés à des écuries, granges ou maisons d'habitation. A un huitième incendie, des empreintes de pas sur la neige et des feuillets maculés tirés d'un livre de messe mirent sur la trace du coupable. Celui-ci était le sieur C..., victime lui-même de l'avant-dernier incendie et que l'on avait toujours vu empressé à se rendre, en qualité de pompier, pour éteindre le feu chaque fois qu'il était signalé.

« Physiquement, dit le Dr Delaporte, C... est un in-
« dividu de taille moyenne, bien constitué, présentant
« les apparences d'un tempérament bilieux. Il jouit ac-
« tuellement d'une santé générale satisfaisante. Il a
« bon appétit, dort bien, et ne paraît pas souffrir du
« régime de la prison.

« L'ensemble de sa physionomie, sans être précisé-
« ment celle d'un idiot, révèle un être borné, un faible
« d'esprit. Un aliéniste y découvrirait à première vue,
« ce que Morel appelait les stigmates de l'hérédité. Le
« crâne est mal conformé, relativement volumineux, il
« est aplati en arrière et démesurément développé dans
« le sens du diamètre bilatéral. L'accusé, au sujet de
« cette particularité, nous raconte que les chapeliers ne
« peuvent le coiffer du premier coup et qu'il faut qu'ils
« changent la forme de leurs chapeaux pour les adap-

©BIUM

« ter à sa tête, qui est trop large en travers. . . . . .

« La face présente une légère asymétrie, le côté « gauche prédominant sur le côté droit, le maxillaire « inférieur est très développé, les dents sont mauvaises « et font toutes défaut à la mâchoire supérieure. La « voûte du palais est fortement ogivale. Le visage est « imberbe, bien que l'accusé soit âgé de vingt-neuf ans ; « par contre les organes génitaux et le système pileux « qui en dépend sont très développés. »

Au point de vue intellectuel, C... était très au-dessous de la moyenne. Après avoir fréquenté pendant plusieurs années l'école, il savait lire, un peu écrire, mais n'avait jamais su compter. La mémoire laissait beaucoup à désirer, mais ce qui dominait surtout chez lui, c'était l'absence de jugement et de sens moral.

Comme antécédents, à l'âge de sept ans, il avait eu des accès cérébraux, sur lesquels on manque de renseignements précis. De quatorze à seize ans, il avait eu des cauchemars la nuit, criait au feu ! puis au secours ! et paraissait en état de somnambulisme.

Il avait cherché à se placer comme domestique dans diverses maisons, mais avait toujours été congédié après peu de temps, et il s'était fait aide-maçon. On a signalé sa tendance à s'approprier ce qui ne lui appartenait pas. Enfin, il aurait eu des idées noires, pour lesquelles un médecin aurait été consulté. Il aurait deux fois essayé de se pendre ; la dernière tentative de suicide était récente et avait lieu pendant la période où les incendies étaient allumés.

Son père avait été aliéné, et une de ses tantes, du côté paternel, était morte en démence. Tous les incendies ont été allumés sans qu'on pût découvrir un mobile d'intérêt ou de vengeance ; tout ce que l'accusé a pu dire, c'est que *le feu l'énervait*.

La conclusion à en tirer, vu les antécédents hérédi-

©BIUM

taires et personnels de l'inculpé, c'est qu'il a agi sous l'influence d'une impulsion morbide. D'habitude, ces impulsions se développent à un âge moins avancé, et le Dr Delaporte se demande si ce retard dans l'évolution de la folie impulsive n'est pas dû à l'existence paisible et en quelque sorte automatique du nommé C... Pourquoi l'impulsion a-t-elle été à l'incendie plutôt qu'au meurtre ou au vol? Ici le Dr Delaporte pose la question de savoir si l'on ne pourrait pas trouver une relation entre les actes commis et les rêves effrayants d'incendie, et les cauchemars, voisins du somnambulisme, signalés à une certaine période de la vie.

Les conclusions du rapport sont :

« 1° Le nommé C... est atteint de manie instinctive;

« 2° C'est sous l'influence d'une impulsion maladive « qu'il s'est livré à l'incendie, et, en conséquence, nous « le considérons comme irresponsable.

« 3° Nous estimons qu'il ne peut être abandonné en « liberté sans danger pour l'ordre public et la sécurité « des personnes, et qu'il y a lieu de l'interner dans un « asile d'aliénés. »

C..., après une ordonnance de non-lieu, fut placé à l'asile de Quatre-Mares.

Le cas publié par le Dr Henry Bonnet dans une brochure spéciale a présenté cette particularité que le prévenu, accusé d'incendie et mis en examen à l'asile de Châlons, a trouvé le moyen, au cours de l'observation, d'incendier son quartier. Il s'agit encore d'un arriéré héréditaire à instincts pervers et à impulsions dangereuses ; malgré son intelligence bornée, ce garçon avait été accepté dans l'armée comme engagé volontaire, mais il fut traduit deux fois en conseil de guerre, une première fois pour vol, une seconde fois pour refus d'obéissance. Il fut ensuite réformé à la suite de la perte d'un œil.

©BIUM

Les incendies pour lesquels il était poursuivi étaient des incendies de fourrages ; il les avait allumés sans mobile d'intérêt ou de vengeance, pour s'amuser, pour voir brûler. A son entrée à l'asile, il avait pu dissimuler une mèche et un briquet, et à l'aide de cet instrument, après être parvenu à se glisser dans le grenier de son quartier, il avait allumé des paillasses, et mis le feu à la toiture du bâtiment.

Quoique ce fut un hôte incommode pour un asile d'aliénés, les Drs H. Bonnet et Paris n'hésitèrent pas à conclure à son irresponsabilité et à sa séquestration dans un établissement d'aliénés.

L'incendiaire de l'asile de Châlons présentait, au moment de l'expertise médico-légale, les symptômes attribués à la pyromanie. Il avait, à une époque antérieure, été condamné pour vol, et il aurait, à ce moment, probablement été déjà jugé irresponsable, s'il avait été soumis à un examen médical.

Nous avons encore à passer en revue un certain nombre de rapports sur les incendiaires, et ce sera l'objet d'un prochain article.

©BIUM

Revue critique.

LA FOLIE PUERPÉRALE

SA NATURE ET SES ORIGINES

D'APRÈS DE RÉCENTS TRAVAUX

Par M. le Dr Victor PARANT

Directeur-médecin de la maison de santé de Toulouse.

Le nom de *folie puerpérale* est d'un usage ordinaire, et semble indiquer un état morbide déterminé et bien défini. Il s'applique à une maladie mentale développée chez la femme au temps de la puerpéralité, celle-ci comprenant la grossesse, la parturition proprement dite, et les suites de couches.

Cependant, en réalité, si l'on veut y regarder de près, si l'on veut préciser la nature exacte de la folie puerpérale, ses signes, ses causes, les conditions dans lesquelles elle se développe, et que, dans ce but, on consulte les auteurs qui en ont spécialement traité, on reste, en fin de compte, dans une incertitude complète.

La séméiologie de la maladie n'a rien de constant. La folie puerpérale affecte tantôt la forme mélancolique et tantôt la forme maniaque; ici le délire est généralisé, là il est nettement circonscrit. Dans certains cas l'évolution morbide se fait avec une grande rapidité, revêtant même parfois les apparences du délire aigu; dans d'autres elle marche avec une extrême lenteur. Quelquefois la guérison se produit au bout de peu de jours; d'autres fois la maladie aboutit fatale-

©BIUM

ment à l'incurabilité. Il n'y a rien, en somme, dans ses symptômes ou dans ses allures, qui permette de la marquer d'un caractère distinctif.

L'anatomie pathologique a donné matière aux constatations les plus diverses. Suivant les uns, la maladie ne donne lieu dans le cerveau à aucune altération spéciale; suivant les autres, on y observe toujours des indices de troubles fonctionnels ou de lésions organiques. Et sur ces lésions il existe encore des divergences marquées, ceux-ci étant d'avis qu'elles sont l'indice de l'anémie cérébrale, tandis que ceux-là au contraire y trouvent la preuve de l'hyperémie, de la congestion, de l'état inflammatoire.

En ce qui concerne la nature de la maladie, ses causes, sa pathogénie, l'incertitude n'est pas moindre que pour le reste. Quelques auteurs ont rapporté la folie directement à l'état puerpéral lui-même, et ont cru pouvoir, à ce titre, en faire une sorte d'entité morbide; d'autres l'ont attribuée à des causes multiples, prédisposantes ou occasionnelles, allant de l'hérédité jusqu'aux accidents les plus simples de la parturition, et n'ayant entre elles aucune autre corrélation que de modifier l'état puerpéral; d'autres enfin n'ont vu entre la puerpéralité et la folie qu'une pure coïncidence.

Comment donc, au milieu d'opinions si diverses, démêler la vérité?

En effet, si, d'un côté, la puerpéralité peut déterminer la folie, pourquoi ne la cause-t-elle que dans un nombre de cas relativement restreint? On ne voit effectivement que peu de femmes devenir aliénées spécialement à l'époque de la parturition, et, en outre, dans un nombre donné de cas de folie en général, un très petit groupe seulement peut être qualifié du nom de folie puerpérale.

D'un autre côté, si la puerpéralité n'a qu'une importance secondaire, à quel titre et pour quel motif donner à la maladie un nom qui semble indiquer une chose tout à fait spéciale?

Est-ce donc que ceux qui ont cru devoir constituer un type isolé de folie dite puerpérale se sont trompés? Est-ce donc que ce type n'existe pas? Dès lors il faut le rayer du cadre nosologique. Ou bien, si l'on se borne

©BIUM

à considérer les rapports de simple coïncidence entre la puerpéralité et la folie, il faut, comme l'ont fait quelques auteurs, se borner aussi à mentionner les influences de causalité accidentelle qu'il peut y avoir entre l'une et l'autre.

Dans cet état de la science, il convient d'accueillir avec faveur des travaux, des recherches qui se proposent d'apporter à la question des éclaircissements nouveaux. C'est à ce titre que se recommande à notre attention un récent mémoire du Dr Campbell Clark (1). Il résume des recherches poursuivies avec soin pendant près de sept années et porte sur quarante observations minutieusement recueillies et étudiées. Il nous a paru intéressant de mettre ici en relief les données principales de ce mémoire. Nous en rapprocherons quelques particularités intéressantes fournies par un mémoire du Dr Donald Fraser sur le même sujet (2); mais ce dernier est d'une importance moindre, et se borne à quelques remarques suggérées par un fait observé dans des conditions où la folie puerpérale semblait nettement déterminée.

Ni l'un ni l'autre de ces auteurs ne révoque en doute l'existence d'une folie dite puerpérale, et tous deux sont évidemment d'avis que c'est dans les conditions étiologiques avant tout qu'il faut chercher la marque spéciale de la maladie.

Il faut ajouter cependant que le Dr Clark attache une certaine importance aux lésions anatomo-pathologiques, au sujet desquelles il exprime une opinion formelle.

D'après lui la maladie est de nature congestive, inflammatoire. Il s'en est convaincu, non seulement par les autopsies qu'il a pu faire, mais aussi par des considérations cliniques. Il ne faut point, dit-il, de ce que la plupart des malades sont anémiés ou cachectiques, conclure que nécessairement ils doivent avoir de l'ané-

(1) Dr A. Campbell Clark. — *Etiology, pathology ant treatment of puerperal insanity. — The Journal of mental science*, juillet et novembre 1886, janvier 1887.

(2) Dr Donald Fraser. — *A case of puerperal mania, with remarks. — The Glasgow medical Journal*, novembre 1885.

©BIUM

mie cérébrale. En effet, l'anémie générale n'implique pas nécessairement, pour un moment donné, l'anémie de tous les organes; l'un d'eux peut accidentellement être le siège d'une activité morbide particulière qui s'accompagne d'hyperémie. L'asthénie n'exclut pas l'aptitude à la congestion et à l'inflammation; il serait même peut-être plus vrai de dire qu'elle en favorise le développement. On en trouve la preuve chez certains individus qui, bien que leur organisme soit profondément affaibli, épuisé, usé, ont cependant une grande tendance aux inflammations locales; malgré leur état de cachexie, malgré la déchéance extrême de leur vitalité, ils sont sujets à des érysipèles, à des congestions d'origine trophique, à la pneumonie hypostatique, et à d'autres accidents de même genre. Dans de telles conditions, leur cerveau peut se congestionner aussi bien que n'importe quel organe, alors que le reste de l'organisme continue d'être véritablement anémié.

Trois autopsies, faites dans des conditions relativement favorables, ont confirmé le Dr Clark dans l'opinion que suggéraient les considérations cliniques. Ce qui faisait la valeur de ces autopsies, c'est qu'elles étaient faites à une époque voisine du début de la maladie et que par conséquent les lésions y étaient encore dans leur état primordial. Dans une maladie déjà ancienne, les lésions se transforment, dévient aisément de leur type primitif, et n'ont plus un cachet suffisant d'intégrité et d'authenticité.

Les cerveaux examinés présentaient tous, à l'œil nu, aussi bien que sous le champ du microscope, les marques d'une congestion très étendue, et qui, en certains points, était forte. Les rameaux artériels de la pie-mère étaient injectés, distendus, principalement au niveau des lobes antérieurs. En les poursuivant dans l'épaisseur de la substance cérébrale, on les trouvait irréguliers et tortueux. En quelques points ils étaient rompus, et il y avait de l'extravasation sanguine. Enfin, pour ce qui concerne la névroglie, les cellules y étaient excessivement nombreuses; il y avait des traces évidentes de prolifération.

Dans une autopsie qu'il a faite chez une femme, où la maladie avait revêtu un caractère de grande acuité,

©BIUM

le Dr Fraser a trouvé, lui aussi, des marques de congestion. Les vaisseaux de la pie-mère, surtout dans les régions pariétales et occipitales, étaient gorgés de sang, fortement distendus.

Mais malgré les conditions dans lesquelles ces autopsies ont été faites, on ne peut assurément généraliser leurs résultats à tous les cas de folie puerpérale. Des réserves sont encore imposées par les observations contradictoires que d'autres auteurs ont recueillies. Du reste, la variété des signes morbides de la folie puerpérale semble impliquer une variété équivalente de lésions anatomiques ou de troubles organiques de l'encéphale.

Il n'est pas nécessaire d'insister davantage sur l'anatomie pathologique. Malgré l'importance qu'il lui attribue, le Dr Clark lui-même ne l'a mise qu'au second plan de son œuvre. Il s'est appliqué surtout à bien établir les conditions étiologiques dans lesquelles se développe la folie puerpérale, et les notions qu'il formule à ce sujet donnent à son mémoire un caractère de véritable originalité.

A tout prendre, il semble évident que c'est sur le terrain de l'étiologie que doive en effet se concentrer tout l'intérêt de la folie puerpérale. C'est uniquement à ce point de vue, a dit M. le Dr Ball, que cette maladie constitue réellement une espèce morbide (1). M. le Dr Ball n'a point développé les motifs sur lesquels il appuyait son opinion. L'œuvre du Dr Clark nous fournit sur ce sujet des vues synthétiques qui jettent sur la question un jour tout nouveau.

Comme nous l'avons dit, toutes les influences possibles ont été invoquées comme cause de folie puerpérale. Mais en réalité aucune d'elles, envisagée séparément, n'a de valeur particulière; elle ne doit être prise en considération que si on la rapproche d'autres causes dont l'ensemble crée les conditions favorables au développement de la maladie. Soutenir, en effet, qu'un refroidissement, que les difficultés d'un accouchement laborieux, qu'une émotion morale trop vive, que d'autres

(1) B. Ball. — *Leçons sur les maladies mentales*, page 587. Paris, Asselin et Cie, 1880.

©BIUM

accidents du même genre peuvent à eux seuls causer la folie, leur attribuer spécialement une action suffisante, c'est se payer de mots et envisager les choses d'une manière exagérement superficielle.

Le Dr Clark, après un examen attentif des quarante observations qu'il a recueillies, estime que si, dans l'état de puerpéralité, la folie peut survenir, il y faut les deux conditions suivantes, qu'il nomme l'une centrale, l'autre périphérique ; la première, qu'il y ait dans le système nerveux central une certaine instabilité, ce que l'on pourrait appeler une prédisposition à la maladie; la seconde, qu'un trouble quelconque, accidentel ou prolongé, de l'organisme, réagisse sur le système nerveux, et achève d'en troubler l'instabilité.

En d'autres termes, il faut que la femme en état de puerpéralité soit, par sa prédisposition nerveuse, dans des conditions favorables à l'explosion de la folie, et qu'un accident vienne provoquer cette explosion.

La part d'influence respective de cet accident est celle d'une irritation spéciale, d'un stimulus, qui, agissant sur un système nerveux irritable, en détermine la perturbation définitive. Son mode d'action est multiforme, et ne revêt aucune apparence spéciale. Il est variable dans son énergie, variable dans son intensité, variable dans la durée de son action, et il peut même arriver qu'il n'y ait aucune proportionnalité appréciable entre sa force et la gravité de la maladie. Enfin, son action irritative peut atteindre les centres nerveux par l'intermédiaire, soit du système vasculaire, soit du système nerveux lui-même.

Nous devons, avec le Dr Clark, entrer dans quelques détails pour montrer comment il comprend l'influence irritative de ces deux systèmes dans la production de la folie puerpérale.

L'influence du système vasculaire est, à proprement parler, celle du sang lui-même, dont les modifications seules sont en cause, modifications de qualité ou de quantité, anémie dans un cas, et, dans l'autre cas, altérations essentielles, intoxication, toxémie ; or, à l'origine de la folie puerpérale on trouve communément soit l'anémie, soit la toxémie.

L'anémie donne matière à peu de considérations spé-

©BIUM

ciales ; elle peut être due à l'état de puerpéralité lui-même, et ainsi se trouve bien justifié le nom de folie puerpérale donné à la maladie mentale qui en résulte; elle peut être consécutive à des accidents de l'état puerpéral, et notamment aux hémorrhagies de toute sorte qui y sont fréquentes. Il n'y a pas à se méprendre au sujet de son action, parce qu'elle est facile à reconnaître, à diagnostiquer. Enfin, son mode d'action est facile à comprendre ; elle est éminemment propre à irriter le système nerveux, par les conséquences morbides qu'elle entraîne à sa suite, et dont les plus intéressantes à notre point de vue sont l'insomnie, les vertiges, les migraines, l'irritabilité, l'extrême émotivité de la femme, et souvent l'affaissement mental.

La toxémie peut être due, soit à des modifications spontanées de l'organisme, modifications dont l'état puerpéral peut être la cause première, soit à des affections accidentelles, dont le résultat est d'empoisonner directement la masse sanguine, par l'introduction des éléments septiques qui leur sont propres. Dans le premier cas, il s'agit de troubles divers dans les fonctions de sécrétion ; dans le second, il s'agit, par exemple, des résorptions septiques, de la septicémie, d'une infection zymotique ou encore quelquefois d'alcoolisme.

Le tableau que le Dr Clark a dressé des troubles de sécrétion est intéressant à étudier dans presque tous ses détails. Ces troubles se rencontrent, en effet, dans la presque totalité des cas de folie puerpérale. Pendant un intervalle de temps plus ou moins long avant l'explosion de la folie, les diverses fonctions de sécrétion présentent, ensemble ou isolément, des phénomènes de trouble morbide. Les mucus de toute sorte sont produits en moindre abondance ou sont altérés dans leurs qualités essentielles ; les sucs digestifs, et principalement la bile, sont diminués ou même quelquefois manquent entièrement ; l'urine et la sueur sont en partie supprimées ; les lochies font défaut ou cessent de couler peu de temps après leur apparition ; enfin, la sécrétion lactée subit, elle aussi, des perturbations analogues.

Dans les quatre cinquièmes des observations du Dr Clark, l'accès de folie a été précédé d'une constipation opiniâtre ou d'une diarrhée abondante ; généralement

©BIUM

les selles étaient difficiles, les matières étaient dures et desséchées ; ordinairement elles étaient très brunes, rarement elles avaient une couleur claire ; leur odeur était tout à fait nauséeuse et fétide. Il était évident qu'elles n'étaient plus modifiées d'une manière normale par l'action de la bile ou ramollies par l'influence du mucus intestinal.

Dans plusieurs cas, l'urine présentait quelques altérations, et notamment des traces de pigment biliaire. Toutefois, cela s'est produit moins souvent qu'il ne fallait s'y attendre d'après la coloration spéciale de la peau ou d'après l'aspect des matières fécales.

Les vomissements ont été observés, avec une fréquence variable, au début d'un grand nombre de cas. Dans quelques circonstances, et notamment lorsqu'ils se produisaient au moment de l'accouchement, il était difficile d'en interpréter exactement la valeur étiologique. En effet, ils pouvaient être dus alors à l'irritabilité spéciale de l'estomac, à l'ébranlement causé dans le système nerveux par le travail lui-même, ou quelquefois encore à l'accumulation de matières fécales dans le côlon ou le rectum. Mais dans les autres circonstances, lorsqu'ils sont survenus à une époque tout autre de la parturition, ils devaient être considérés comme un signe des troubles de sécrétion que nous envisageons actuellement.

Les altérations principales de la sécrétion salivaire portent sur l'épaississement ou sur la coloration spéciale de la salive, qui, en certains cas, était devenue verdâtre.

Dans les cas où les sueurs s'étaient supprimées, la peau avait pris une coloration jaunâtre, ou bien était arrivée à exhaler une odeur fétide et repoussante.

La sécrétion lactée a fait défaut dans les trois quarts des observations.

Les lochies s'étaient supprimées dans un nombre égal de cas ; mais cependant, en quelques circonstances, elles avaient été, au contraire, d'une abondance exagérée.

Nous arrivons à celle des modifications de sécrétion qui, au point de vue où nous nous plaçons actuellement avec le Dr Clark, mérite le plus d'attention : cette modification concerne la présence de l'albumine dans les

©BIUM

urines. La constatation est, en effet, d'une véritable importance comme indice des altérations dyscrasiques de l'organisme. Signalée pour la première fois, comme on le sait, par le Dr James Simpson, qui l'avait plusieurs fois observée, et qui avait noté cette particularité vraiment curieuse qu'elle disparaissait presque aussitôt après l'apparition du délire, l'albuminurie révélait, selon lui, l'intoxication de la masse sanguine, la toxémie, et il estimait que celle-ci était la cause première de la production de la folie puerpérale.

Assurément cette manière de comprendre le rôle de l'albuminurie dans le cas qui nous occupe est beaucoup trop exclusive. Ce qui le prouve c'est que, dans un grand nombre d'observations de folie puerpérale, l'albumine manque complètement dans les urines, avant comme après le début de la folie puerpérale. Bien des auteurs ont fait à ce sujet des recherches concluantes, et ils étaient par conséquent en droit, comme l'indique avec raison M. le Dr Ball, de considérer l'albuminurie comme une coïncidence, et non comme la cause véritable du délire (1).

Toutefois l'interprétation du Dr James Simpson présente ici un réel intérêt ; elle doit être considérée comme appartenant à l'essence même de la doctrine dont le Dr Clark fait l'application à toutes les sécrétions de l'organisme, doctrine à laquelle le Dr Fraser rattache, lui aussi, la production de la folie puerpérale.

Ce qui augmente l'importance attribuée à la présence de l'albumine dans les urines des femmes en état de puerpéralité, c'est que, en pareil cas, albuminurie et éclampsie sont deux termes à peu près synonymes. Or, il y a bien des cas où le début de la folie puerpérale a coïncidé avec des accès d'éclampsie plus ou moins graves. Cette coïncidence était très marquée dans l'un des faits dont le Dr Fraser donne la relation. Il s'agit dans ce fait d'une femme de trente-deux ans, multipare, exempte de tares héréditaires, qui, au moment de la délivrance, eut des convulsions éclamptiques, à la suite desquelles survint une très forte excitation maniaque. Elle eut en-

(1) B. Ball. — *Loco citato*, p. 585.

©BIUM

suite des hallucinations, de la tendance au suicide ; elle était très désordonnée dans ses actes. Or, ses urines contenaient une proportion considérable d'albumine. La crise de folie dura douze jours au bout desquels survint la guérison.

Dans un fait que nous avons observé nous-même, et que, bien qu'il n'y ait pas eu recherche de l'albumine dans les urines, nous pouvons cependant rapprocher du fait précédent, la coïncidence de l'éclampsie et de la folie puerpérale était également bien marquée. Une jeune femme de vingt ans, primipare, n'ayant point d'antécédents héréditaires, mais étant d'un tempérament tout à fait hystérique, eut des attaques nombreuses d'éclampsie avant et après l'accouchement. Au bout de vingt-quatre heures les convulsions cessèrent, mais firent place immédiatement à un état d'excitation maniaque tel, que la malade ne put être gardée dans son domicile. On l'amena dans notre maison de santé. Outre l'agitation maniaque elle présentait aussi des idées vagues de persécution ; elle croyait qu'on voulait l'empoisonner, elle disait qu'on l'avait fait avorter et qu'on lui avait volé son enfant. Cinq jours après le début de la folie, il y eut encore deux attaques de convulsions éclamptiques. Mais presque aussitôt après, l'agitation se modéra. Le douzième jour le délire avait presque complètement disparu, il ne restait qu'un peu d'incohérence dans les idées et une légère dépression. Nous nous disposions à rendre la malade à sa famille, lorsque, vingt jours après le début de la folie, elle mourut subitement. Sa mort nous parut devoir être attribuée à une embolie pulmonaire. Ainsi, chez elle, il y avait eu coïncidence très étroite de l'éclampsie et de la folie, l'une et l'autre ayant marché côte à côte, débuté et fini presque en même temps, et paraissant ainsi liées à une même disposition morbide.

Or, il est admis généralement que l'éclampsie est due à une intoxication de la masse sanguine ; si donc la folie se développe à côté d'elle, sur le même terrain et dans les mêmes conditions, il est rationnel d'attribuer l'une et l'autre aux mêmes influences étiologiques. Assurément ce n'est point à dire que ces influences seules puissent amener la folie, pas plus que ne peuvent le faire

©BIUM

les troubles des autres modes de secrétion. Mais cependant il faut bien reconnaître que les modifications de la sécrétion rénale, propres à l'éclampsie, comme les modifications des autres secrétions, sont une cause d'intoxication de la masse sanguine, et, comme nous l'avons dit, la toxémie joue, d'après le Dr Clark, un grand rôle dans la production puerpérale.

La toxémie peut être due encore à des affections accidentelles, qui ont pour effet d'empoisonner directement la masse sanguine. A ces affections appartient au premier rang la résorption septique, la septicémie d'origine puerpérale. A la vérité, il y a des cas où la folie et la septicémie se produisent presque en même temps, et où, par conséquent, il est difficile de démêler les rapports de causalité qu'il y a entre l'une et l'autre. Mais il y a un nombre assez grand d'observations où il est évident que la résorption septique a précédé notablement la folie. Ainsi, sur, les quarante observations du Dr Clark, il y en avait huit absolument catégoriques ; douze autres, dans lesquelles il y avait deux cas de phtisie pulmonaire, quoique moins significatives, pouvaient être aussi considérées comme appartenant à la toxémie par résorption septique. L'intoxication par septicémie provenant de lésions des organes de la génération était incontestable dans un cas dont le Dr Fraser donne la relation détaillée. Une femme de vingt-huit ans avait été prise d'excitation maniaque six jours après l'accouchement. Le quatrième jour, c'est-à-dire deux jours avant l'explosion de la folie, elle avait ressenti de vives douleurs abdominales ; cependant la pression du ventre n'était alors nullement douloureuse. Le surlendemain du début de la folie les lochies se supprimèrent ; la fièvre prit une allure inquiétante. Le pouls, rapide et plein, avait 120 pulsations. La température dépassait 40° centigrades. Il survint de l'œdème des pieds et des jambes. L'urine ne présenta cependant aucune trace d'albumine. Le septième jour apparut un écoulement vaginal de mauvais aspect, purulent, qui prit rapidement une odeur fétide. Au soir du neuvième jour la malade mourut subitement. L'autopsie fit reconnaître dans l'utérus un foyer de métrite granuleuse, couvert de pus. Les veines iliaques, et surtout l'iliaque interne droite,

©BIUM

étaient envahies par la phlébite et étaient en grande partie oblitérées par de gros caillots granuleux. Ainsi, d'après les symptômes, la lésion abdominale, de nature infectieuse, avait précédé la folie. Aussi le Dr Fraser n'hésite pas à considérer ce fait comme un exemple de folie puerpérale due à l'intoxication septicémique, laquelle avait produit, d'une part, la lésion veineuse locale à laquelle se rapportait la phlegmatia alba, et, d'autre part, l'excitation maniaque.

Au nombre des affections accidentelles, causes de toxémie, nos auteurs placent encore des fièvres infectieuses, comme la fièvre typhoïde et la scarlatine. Ils placent également l'alcoolisme, l'abus des alcools étant presque général dans les basses classes de la société anglaise. Le Dr Clark dit avoir observé deux faits où l'influence de l'alcoolisme sur la production de la folie puerpérale était de toute évidence. Une malade, sur qui pesaient les influences héréditaires de la folie et du suicide, avait, peu d'instants après la naissance d'un de ses enfants, demandé instamment à prendre des breuvages stimulants, et, en quelques heures, elle avait ainsi absorbé environ un litre de whisky ; l'autre malade avait, dans des conditions analogues, absorbé une grande quantité de whisky et de vin. L'une et l'autre avaient, au bout de peu de temps, donné des signes de folie. Cependant le Dr Clark se demande si, dans le premier cas, le désir de boire des alcools n'était pas déjà un premier signe de folie, car il a observé, dit-il, que la dipsomanie est un symptôme fréquent de la folie puerpérale.

Quoi qu'il en soit de cette dernière restriction, l'alcoolisme rentre évidemment dans les causes de toxémie qui doivent être considérées comme point de départ de la folie chez les femmes en état de puerpéralité.

Comment agissent les troubles de sécrétion ou les intoxications directes dont il vient d'être question ? Ils ont pour effet d'accumuler dans le sang des matières excrémentitielles ou d'augmenter la toxémie. Quelle que soit l'intensité de l'intoxication de la masse sanguine, quelle que soit sa durée, elle agit sur les organes, elle les intoxique à leur tour, et quand elle agit sur le système nerveux, elle arrive à l'irriter profondément. Le délire puerpéral, les hallucinations qui l'accompa-

©BIUM

gnent souvent, sont dus à la toxémie cérébrale, et, d'après le Dr Clark, il n'est pas possible d'avoir le moindre doute à ce sujet.

Une objection se présente ici naturellement. Pourquoi, dira-t-on, les nombreuses perturbations des secrétions que nous avons mentionnées comme cause première, comme point de départ de la folie puerpérale, ne seraient-elles pas prises elles-mêmes comme les premières manifestations, comme les premiers symptômes de cette folie? Ne voit-on pas à chaque instant les maladies mentales se préparer insidieusement, et se masquer, à leur origine, par des troubles divers des fonctions du tube digestif ou de ses annexes, par des perturbations de toute sorte dans les autres fonctions de l'organisme? L'inappétence, la constipation, la diarrhée, la fièvre et ses conséquences, les modifications dans les fonctions des reins, des glandes sudoripares, etc, se rencontrent au début d'un grand nombre d'accès de folie ordinaire ; ils peuvent donc tout aussi bien appartenir en propre à l'invasion proprement dite de la folie puerpérale et en être le premier indice.

A cela le Dr Clark répond que les troubles dont il s'agit ont, dans la plupart des cas, précédé d'assez loin le début apparent de la folie puerpérale pour qu'on ne doive pas les considérer comme un symptôme direct de la maladie. Les conditions anormales, dit-il, précèdent la folie pendant des jours et des mois. Il concède cependant que, dans quelques cas, les secrétions s'étant modifiées en même temps que la folie commence, comme il arrive notamment pour les lochies et pour le lait, les relations d'influence réciproque doivent être mises hors de cause. Mais il ajoute que ces cas sont peu nombreux.

Cette réponse n'est satisfaisante qu'en partie. Elle ne pourrait l'être tout à fait que si on avait le moyen d'établir d'une manière formelle l'antériorité des troubles de sécrétion et que l'on pût en déduire avec certitude, et comme conséquence, l'intoxication de la masse sanguine.

Il faut d'ailleurs, à ce sujet, tenir compte d'une condition éventuelle, qui ferait de la toxémie non pas une cause, mais un effet de la perturbation des fonctions nerveuses. En effet, les sécrétions sont en connexion in-

©BIUM

time avec le système vaso-moteur ; elles sont sous sa dépendance immédiate, et, comme l'ont démontré des expériences concluantes (1), leurs qualités sont en raison directe de son influence ; elles sont plus ou moins abondantes, plus ou moins normales, suivant que ce système fonctionne ou non avec régularité. On est donc par conséquent en droit de supposer que si, dans la période qui précède le début apparent de la folie, il y a des troubles des sécrétions, ces troubles sont dus aux perturbations nerveuses qui marquent le début de la maladie mentale et qui lui appartiennent en propre.

Mais hâtons-nous de convenir que cette restriction n'infirme la valeur que d'une faible partie des faits ; elle n'infirme pas la doctrine générale du Dr Clark. En effet, il faut s'en rapporter aux observations explicites qu'il a faites, et reconnaître avec lui que, non seulement des maladies infectieuses, non seulement des septicémies, mais aussi des troubles de sécrétion, peuvent déterminer dans le sang l'accumulation de produits excrémentitiels, d'éléments septiques qui en déterminent l'intoxication ; et qu'enfin la toxémie peut réagir à son tour sur le système nerveux et, en y produisant des désordres plus ou moins graves, faciliter l'explosion des signes de la folie.

Mais ce n'est pas seulement par le système vasculaire que l'irritation vient atteindre les centres nerveux ; elle les atteint aussi par l'intermédiaire du système nerveux lui-même. Quelques brèves considérations suffiront à montrer la part d'influence occasionnelle que celui-ci peut avoir dans la production de la folie puerpérale.

La gravité, la force de cette influence dépendent évidemment de son intensité et de sa persistance ; elles dépendent encore plus du degré d'émotivité qu'elles amènent, et des perturbations fonctionnelles qu'elles entraînent à leur suite. Un premier incident peut en amener d'autres, dont l'action se combine et se surajoute, si bien que ce qu'un seul n'eût pu produire, la réunion de tous le produit infailliblement : ainsi, par exemple, un refroidissement peut être insuffisant pour causer la folie ; mais s'il trouble les sécrétions, s'il amène une

(1) Vulpian. *Leçons sur l'appareil vaso-moteur.*

©BIUM

inflammation, et peut-être de la septicémie, il la cause certainement, quoique d'une manière indirecte. Une émotion morale peut être assez forte pour troubler directement l'intelligence ; la même émotion, dans d'autres cas, n'agira qu'indirectement. Parmi les faits que le Dr Clark cite à ce propos, celui-ci est le plus significatif : Une femme, chez laquelle il y avait quelques menaces d'hérédité, eut des pertes utérines abondantes, qui lui causèrent de la frayeur ; elle eut un frisson et fut prise de fièvre ; alors on vit survenir l'état inflammatoire, la septicémie, et finalement la folie.

Dans cet ordre de causes périphériques, les irritations d'origine viscérale, celles qui ont leur point de départ dans l'utérus ou ses annexes, jouent naturellement un rôle important. Rien n'est plus grave à ce point de vue, d'après certaines observations du Dr Clark, que la rétention de caillots de sang dans la cavité utérine. Il en donne comme preuve significative un fait concernant une malade qui manifestait de l'agitation chaque fois que des caillots s'arrêtaient dans l'utérus ; dès qu'ils étaient expulsés, le calme se produisait.

L'accumulation de matières fécales peut exercer une influence plus nuisible qu'on ne serait porté à le croire ; dans bien des cas, du reste, la constipation aggrave l'excitation maniaque et le délire ; et quelquefois une purgation administrée en temps opportun, a contribué à faire disparaître promptement la maladie mentale.

A cet ordre de causes appartiennent encore d'autres formes d'irritations qu'il suffit d'indiquer parce qu'elles ont toutes un même mode d'action ; tantôt c'est un accouchement exceptionnellement laborieux ; tantôt c'est un abcès des mamelles ; ici, c'est une excitabilité très vive, une susceptibilité très grande des organes des sens, de la vue, de l'ouïe, etc. ; là, c'est une impressionnabilité extrême de la sensibilité générale.

Voilà donc les deux aspects différents sous lesquels se présente la cause de la folie puerpérale, agissant par l'intermédiaire du système nerveux.

La seconde condition de production de la folie puerpérale c'est l'instabilité du système nerveux central. Cette seconde condition est d'une importance extrême, et s'il n'est pas nécessaire d'entrer à son sujet dans de

©BIUM

longs développements, du moins faut-il les préciser avec toute la netteté désirable.

L'instabilité nerveuse, chez la femme en état de puerpéralité, se manifeste sous des formes diverses qui n'ont pas toutes, à notre point de vue, une égale importance, une égale gravité.

Il n'y a peut-être pas une femme qui, dans l'état dont il s'agit, ne présente, d'une manière habituelle ou transitoire, des modifications marquées de son organisme nerveux. Cet organisme est comme tendu; l'irritabilité émotive y devient quelquefois très forte, et se manifeste à la moindre occasion. Les impressions sensorielles se font avec une extrême vivacité ; y a-t-il, par exemple, oreille plus fine que celle de la jeune mère après la naissance de son enfant ? La femme, à toutes les périodes de la puerpéralité, est très portée à s'inquiéter outre mesure ; elle passe aisément d'un sentiment à un autre, sans qu'aucune transition en justifie le changement ; les sentiments naturels sont modifiés, exagérés ou affaiblis, quelquefois même pervertis. L'humeur, le caractère se transforment de la même manière. Enfin, il n'est pas rare alors de voir la femme arriver quelquefois à perdre momentanément tout empire sur elle-même.

On comprend aisément que ces modifications de l'organisme nerveux puissent rendre plus fortes l'action de certaines influences accidentelles qui, dans un état tout autre, n'auraient eu sur lui aucun retentissement. Qu'une femme, dans l'état normal, ait, par exemple, un refroidissement, qu'elle éprouve une émotion morale, qu'elle soit dans l'un de ces états de toxémie ou d'anémie dont nous avons parlé, elle pourra n'en ressentir rien de grave. Mais que ce même refroidissement, que cette même émotion morale, que la toxémie ou l'anémie viennent à l'atteindre au cours de la puerpéralité, elle pourra, à cause de son impressionnabilité nerveuse, en éprouver des conséquences fâcheuses. Sa grossesse en sera peut-être modifiée, son accouchement rendu irrégulier, ses suites de couches en seront notablement troublées. Poussons jusqu'au dernières limites les conséquences de l'incident, et l'influence qu'il peut avoir sur le système nerveux central, il ne faudra pas s'étonner de le voir aboutir à la folie.

©BIUM

Cependant, en réalité, cette première forme de l'instabilité nerveuse n'entre en cause que rarement dans la production de la folie puerpérale. Son importance s'efface presque complètement devant des formes plus graves, qui appartiennent à des modifications habituelles, plus profondes et plus invétérées du système nerveux.

C'est ainsi que l'état d'hystérie, que la préexistence d'accès de folie, créent une prédisposition marquée à la folie puerpérale. Le Dr Clark a noté l'hystérie dans sept cas sur quarante, et six autres malades avaient déjà été atteintes de maladie mentale ; trois de ces dernières l'avaient été à l'occasion de grossesses précédentes.

Mais de toutes les conditions d'instabilité du système nerveux, celle qui joue le rôle principal dans la production de la folie puerpérale, c'est l'hérédité.

L'importance de l'hérédité, au point de vue qui nous occupe, a été signalée par tous les auteurs qui se sont spécialement occupés de la folie puerpérale. Marcé estimait, d'après ses recherches, qu'on la rencontre à peu près dans la moitié des cas, et il se trouvait en cela d'accord avec d'autres auteurs, dont il a enregistré les observations à cet égard. C'est ainsi que sur 131 observations de folie puerpérale recueillies par Helftt, 51 indiquaient des marques de prédisposition héréditaire ; que sur 30 malades observés par Weill, 14 avaient des parents aliénés ; enfin que sur 56 malades dont il avait noté avec soin les antécédents, Marcé lui-même en trouvait 24 qui offraient, soit chez leurs ascendants directs, soit chez des collatéraux, des cas d'aliénation mentale confirmée. Marcé ajoutait d'ailleurs que la statistique ne tenait pas compte de la prédisposition héréditaire résultant de névroses autres que la folie (1).

Le Dr Clark se place à un autre point de vue ; il estime qu'il faut envisager les choses d'une manière plus large, et tenir compte non seulement de l'hérédité similaire, mais aussi de l'hérédité de transformation ; non seulement de l'hérédité qui consiste dans la trans-

(1) Marcé. — *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices*, page 161, Paris, J.-B. Baillière et fils, 1856.

©BIUM

mission directe de la folie, mais aussi de celle qui concerne la métamorphose d'un état morbide susceptible de se transmettre. C'est dans ce sens qu'il a dirigé ses investigations minutieuses.

Il ne se borne pas à rechercher les marques de l'influence héréditaire chez les ascendants ou chez les collatéraux ; il est d'avis qu'il faut en fouiller les traces jusque chez les descendants, qui deviennent ainsi les témoins, qui donnent la preuve sensible de l'instabilité nerveuse de la mère. Il se fait ainsi une sorte de témoignage en retour, et cette manière d'envisager les choses est d'autant plus intéressante que, dans certains cas, les stigmates morbides de l'hérédité se montrent chez l'enfant avant de s'être manifestés chez la mère. Sur vingt femmes multipares qu'il a étudiées à ce point de vue, le Dr Clark en a trouvé neuf dont les enfants présentaient des marques évidentes de maladies nerveuses ; les variétés principales de ces maladies étaient l'idiotie, l'imbécillité, l'épilepsie, l'hydrocéphalie aiguë, et même la tendance aux congestions cérébrales.

Ainsi envisagée, l'hérédité se rencontre, d'après le Dr Clark, dans la presque totalité des cas. Sur 28 observations où il a pu suivre avec soin et avec succès l'histoire morbide des malades, il en a trouvé 26 où les manifestations héréditaires étaient manifestes. Il est convaincu que si, pour celles de ses observations qui ne sont pas comprises dans ce groupe, il avait pu avoir des renseignements complets, il aurait trouvé encore dans la plupart d'entre elles des indices de transformation ou de transmission héréditaire.

Un tableau qui résume les manifestations de l'hérédité dans ses 26 observations concluantes, montre qu'elle a été notée, chez le père sept fois, chez la mère sept fois, chez des collatéraux, oncles ou tantes, frères ou sœurs, dix fois, enfin chez des descendants dans neuf cas, pour lesquelles on trouve un total de quatorze enfants malades antérieurement au début de la folie puerpérale.

Telles sont, exposées aussi nettement que possible, les conditions étiologiques attribuées par le Dr Clark, ainsi que par le Dr Fraser, à la production de la folie puerpérale. Cette manière de concevoir les origines de

©BIUM

la maladie est vraiment neuve, et présente un intérêt qu'il est aisé de saisir.

En premier lieu, elle explique la rareté de la maladie ; il y a, en effet, peu de femmes en état de puerpéralité qui présentent la réunion simultanée des deux conditions jugées essentielles à la production de la folie puerpérale. Si l'instabilité nerveuse existe chez un grand nombre d'entre elles, la dyscrasie fait défaut à la plupart, ou bien il ne survient pas d'incident capable de troubler profondément l'organisme nerveux.

En second lieu elle permet d'envisager d'une manière nouvelle la place qu'il convient d'accorder à la folie puerpérale dans le cadre nosologique. Nous ne savons si le Dr Clark a entrevu à ce sujet quelle était la portée de ses recherches; il ne l'indique nulle part, mais cette portée nous paraît évidente. La folie puerpérale, ainsi comprise, est une véritable maladie de dégénérescence. La malade qui la présente est une dégénérée, soit dans son système nerveux, soit dans son organisme fonctionnel ; une partie de sa dégénérescence est acquise et fortuite, mais l'autre est héréditaire et appartient en propre à cette tache morbide, à cette tare significative qui est le stigmate des dégénérés. Ainsi s'explique la diversité des allures de la folie puerpérale; comme toute dégénérescence, celle-ci est multiforme dans ses manifestations, dans ses développements, dans ses conséquences ; elle n'est une que dans son origine et dans sa cause première. Ainsi enfin se trouve justifiée cette opinion, que c'est dans l'étiologie seule qu'il faut chercher un motif pour décrire isolément une folie qui s'appelle la folie puerpérale.

Avant de terminer, disons un mot de quelques particularités cliniques assez importantes, qui sont à peu près les seules dont s'occupe le mémoire du Dr Clark; elles concernent d'abord l'examen des urines.

Cet examen peut, dans un bon nombre de cas, fournir sur l'état morbide des renseignements intéressants. Mais pour qu'il ait une valeur véritable, il faut qu'il soit fait dans certaines conditions; il faut notamment qu'il ait lieu à une époque aussi rapprochée que possible du début de la maladie, afin de permettre la constatation des modifications même les plus éphémères

©BIUM

survenues dans la sécrétion urinaire; il faut encore que les urines soit recueillies aussi pures que possible, et ne soient point souillées par les déjections des malades, ou par d'autres impuretés. Ces conditions, pour mille raisons diverses, sont difficiles à réaliser; cependant le Dr Clark a pu, dans dix-sept cas, les réunir d'une manière satisfaisante, ce qui lui a permis de faire les constatations suivantes, qui ont ainsi toute l'authenticité désirable.

Plus l'examen est fait à une époque rapprochée du début de la maladie, et plus les urines sont rares, plus aussi leur pesanteur spécifique est augmentée.

Dans neuf cas sur vingt-trois, étant compris six observations dont il n'a pas été tenu compte pour les autres analyses, il y avait de l'albumine dans les urines. Ordinairement le précipité était faible; dans un cas, il persista dans l'urine diurne longtemps après avoir disparu dans l'urine de la nuit; dans un autre cas, il persista continuellement pendant seize jours et reparut légèrement à l'époque de la convalescence.

Contrairement à quelques constatations faites par le Dr Savage, le Dr Clark n'a jamais trouvé de sucre dans les urines de ses malades.

Il a toujours observé une grande diminution des chlorures alcalins et de l'acide phosphorique. Ce dernier existait à moins de 2 grammes par jour.

Enfin la quantité d'urée est descendue jusqu'à moins de 3 grammes 68 par jour, dont 1,32 pour l'urine diurne et 2,26 pour l'urine nocturne.

Tous ces résultats sont en corrélation avec un état dyscrasique de l'organisme, avec une altération marquée de la nutrition générale.

Ce qui fait surtout la gravité de la folie puerpérale, c'est, dans la plupart des cas, la persistance des accidents qui ont donné matière à l'une des conditions premières de la maladie, savoir la toxémie ou l'anémie. Cependant, de l'avis du Dr Clark, ces causes premières n'affectent gravement le pronostic que si elles sont méconnues et par conséquent combattues d'une manière trop tardive. Il en est ainsi, par exemple, des lésions utérines qui aboutissent à la septicémie, et qui, paraît-

©BIUM

il, sont relativement très communes dans la folie puerpérale.

Une question curieuse que se pose le Dr Fraser est de savoir si l'on doit admettre, dans les asiles d'aliénés, les femmes atteintes de cette forme de maladie mentale. Il est d'avis qu'on doit les soigner plutôt dans les hôpitaux ordinaires. Cependant, il faut bien reconnaître que pour les cas de grande agitation maniaque principalement, les asiles d'aliénés seuls peuvent présenter une installation convenable pour le traitement; mais il faut aussi, avec le Dr Clark, demander que les malades soient placées dans un lieu bien aéré, qu'elles soient convenablement isolées, qu'aucune influence étrangère ne vienne par conséquent ajouter à leur excitation, et qu'en un mot leur hygiène générale soit excellente.

Nous avons passé rapidement sur ces dernières considérations, parce qu'elles ne constituent pas la partie la plus originale, la plus neuve des mémoires qui ont inspiré notre travail. Ce que nous tenions par-dessus tout à mettre en évidence, c'est la manière nette et vraiment scientifique avec laquelle a été envisagée l'étiologie, qui d'ordinaire, quoique formant le nœud d'une étude sur la folie puerpérale, est examinée par les auteurs d'une façon indécise et obscure.

Avec les notions qui viennent d'être exposées, on peut se faire une idée nette de ce qu'est la folie puerpérale. En principe, elle se développe sur le terrain de la puerpéralité, et son nom est ainsi pleinement justifié. Mais elle ne survient que dans un organisme préparé, dans lequel se présente à la fois l'instabilité nerveuse, et surtout une transformation profonde, une altération constitutionnelle, une véritable dégénérescence. Elle n'est donc point une forme spéciale, une entité morbide ; elle doit prendre place dans le groupe assez nombreux et assez bien déterminé, qu'on peut appeler groupe des folies par dégénérescence acquise.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE SOLENNELLE DU 30 AVRIL 1888.

Présidence de M. J. FALRET.

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

M. LE PRÉSIDENT fait part à la Société de la mort de M. le Dr Brochin et consacre quelques paroles de sympathiques regrets à la mémoire de ce collègue distingué.

Il annonce également la mort de M. le Dr Bernard, enlevé si prématurément à la science où il avait déjà marqué brillamment sa place.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de remerciements de M. le Dr Marandon de Montyel, nommé membre titulaire ;

2° Une lettre de M. le Dr Chambard, demandant à être nommé membre titulaire. Commission : MM. Dagonet, Féré et Marandon de Montyel, rapporteur ;

3° Une lettre de M. le Dr Schüle, posant sa candidature au titre de membre associé étranger ; à l'appui, il adresse à la Société son *Traité clinique des maladies mentales*. — Une commission composée de MM. Falret, Dagonet et Christian est désignée pour présenter un rapport sur cette candidature.

Les ouvrages suivants ont été adressés à la Société :

1° *Singuliers effets morbides déterminés par l'ingestion des champignons vénéneux*, par le Dr Hospital ;

©BIUM

2° *Les courants de la polarité dans l'aimant et le corps humain*, par le Dr Chazarain.

3° *De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés.* Thèse inaugurale par Mme Alice Sollier.

4° *De la suggestion et de ses applications à la pédagogie.* Par le Dr Bérillon.

5° *La Revue de l'hypnotisme.*

M. Ball présente à la Société un ouvrage de M. le Dr Pichon : *Les maladies de l'esprit.*

Rapport sur le prix Esquirol.

M. Rouillard. — Messieurs, vous avez chargé une commission composée de MM. Baillarger, Blanche, Mitivié, Ritti, et Rouillard, rapporteur, d'examiner les titres des candidats au prix Esquirol de l'année 1888. Votre rapporteur, qui vient aujourd'hui vous soumettre les conclusions de cette commission, n'a pas cru devoir vous les formuler sans vous donner une courte analyse de chacun des travaux que vous aurez à juger.

Tout d'abord, la commission est heureuse de constater que le prix Esquirol n'a pas dégénéré, et que les candidats de cette année se sont montrés dignes de leurs devanciers. Les deux mémoires déposés sont, à des titres divers, fort intéressants, dénotent des esprits judicieux et de réels efforts de travail que vous serez heureux d'encourager.

Le mémoire n° 1, portant pour épigraphe « *Primum observare* », est intitulé : *Considérations cliniques et statistiques sur la paralysie générale chez l'homme.*

Ce travail est divisé en deux parties : La première consiste en considérations générales sur la maladie ; dans la deuxième partie, l'auteur étudie quelques formes cliniques particulières qui l'ont davantage frappé, et qu'il a eu le loisir d'observer.

En débutant, l'auteur pare une objection qu'il a prévue, et que du reste on ne pouvait manquer de lui faire, à savoir que son mémoire manque d'unité. — Il y répond en faisant remarquer que l'unité du sujet est constituée par l'unité de la maladie. Il y a ici au moins un membre, membre illustre de cette assemblée, qui ne

©BIUM

souscrit pas volontiers à l'unité de la paralysie générale. Mais nous sommes tous d'accord avec le candidat, lorsqu'il dit que le but du prix Esquirol est de récompenser un jeune homme ayant fait un mémoire composé d'observations, non seulement inédites, mais prises par lui-même. Je tiens à le dire dès maintenant, il n'y a qu'à louer sans réserves l'auteur du mémoire n° 1 pour ses observations, toutes fort intéressantes, fort bien prises, accompagnées en grand nombre d'autopsies relevées avec soin, et suivies de considérations fort judicieuses. 202 paralytiques généraux ont été observés par l'auteur dans le service dont il était interne en 1887 ; il nous rapporte *in extenso* 28 observations, triées sur le volet. C'est sur ces 202 cas que sont basées les conclusions de l'auteur, qui a voulu rester strictement dans les conditions du prix Esquirol. Peut-être n'eût-il pas été oiseux de rapprocher cette statistique de celle des auteurs et d'en faire un parallèle.

La première partie du travail comprend deux chapitres. L'un, presque tout de statistique, a pour objet de démontrer l'extension de la paralysie générale, au triple point de vue du nombre des sujets, des périodes de l'existence où l'on observe la maladie, et des milieux où elle se développe.

Sur 1037 malades entrés à l'asile en 1886-1887, il y avait 202 paralytiques généraux, soit 19, 5 0/0. Calmeil qui trouvait 1/15e de paralytiques généraux parmi les hommes, admet 1/4 à 1/3. — Ball, Voisin, Christian et Ritti pensent de même. Une statistique allemande de Sauders regarde la progression comme du simple au double. M. Planès, dans sa savante étude statistique sur la folie à Paris, croit que la paralysie générale a peu augmenté. Mais l'auteur critique, et non sans raison, peut-être, l'opinion de M. Planès, car on n'a pas, dit-il, à la préfecture de police, le temps d'examiner les malades et un assez grand nombre d'aliénés qui seront plus tard reconnus paralytiques généraux sont classés parmi les alcooliques, les excités maniaques simples, les affaiblis intellectuels, etc. — L'auteur se retranche d'ailleurs derrière l'autorité de M. Magnan qui ne manque pas tous les ans, dans son rapport, de signaler cette cause d'erreur.

©BIUM

La proportion des paralytiques généraux passés par l'admission a été :

En 1882 de 13,03 0/0
En 1883 de 14,75 0/0
En 1884 de 11 0/0
En 1885 de 14,60 0/0
En 1886 de 15,45 0/0

La paralysie a atteint des âges qu'elle ne frappait pas auparavant ou qu'elle frappait moins. Calmeil, Parchappe, Marcé, donnaient comme âge moyen 44 ans, Luys 43, A. Voisin de 35 à 45, Régis 38, Vrain 38 1/2. Pour l'auteur ce serait 39 ans 1/2. Il n'a pu déterminer avec précision le début de la maladie que dans 51 cas, c'est-à-dire une fois sur quatre. — Sur les 202 paralytiques en question, M. Magnan a indiqué 8 cas de 26 à 30 ans, soit 4 0/0 ; « cet éminent observateur, dit notre candidat, attache une certaine importance à ces cas, puisqu'il leur consacre une mention spéciale. » L'auteur cite encore quelques chiffres pris dans les auteurs et conclut que l'âge moyen de la paralysie générale s'est abaissé et que cet abaissement est en rapport avec une plus grande fréquence de la maladie à une période où jadis elle était fort rare.

Après 60 ans, Foville la considère comme une vraie exception. Christian et Ritti n'en citeraient aucun cas. Doutrebente n'en a vu aucun. L'auteur en a vu 3 cas à 63, 64 et 67 ans et conclut que la paralysie générale semble tendre à devenir plus fréquente après 60 ans.

Ces considérations, vous le voyez, Messieurs, sont fort logiquement déduites, mais votre commission a trouvé que pour ces assertions, dont personne ne conteste la véracité, l'auteur aurait pu, peut-être, consulter un plus grand nombre d'ouvrages et racheter le manque d'originalité de ses propositions, par une érudition plus grande.

Abordant la question des professions, l'auteur rappelle que Bayle ayant observé après les guerres du premier empire et à Charenton, a attribué une importance considérable aux fatigues, aux excès, aux déboires, aux émotions de toute espèce qu'entraîne le métier de soldat, à la transition d'une vie active à une existence de repos.

©BIUM

On a dit aussi que la paralysie générale frappait surtout les sommets.

L'auteur a pu relever la profession de 188 malades

1er groupe, professions libérales	5	0/0
2e groupe, commerçants et employés	20,7	0/0
3e groupe, professions manuelles	71	0/0

13 malades travaillaient dans des températures élevées (pâtissiers, boulangers, forgerons, verriers, etc.). 15 étant cochers, marchands de vin, garçons de café, étaient prédisposés à l'alcoolisme. « Ce fait, dit l'auteur, n'est pas une simple curiosité, depuis que M. Magnan a établi que l'alcoolisme chronique peut conduire lentement à la paralysie générale ».

L'auteur se donne beaucoup de mal pour arriver à prouver une vérité reconnue de tous, à savoir que la paralysie générale est très fréquente chez les ouvriers et les employés des grandes villes, c'est-à-dire, affirme-t-il, dans un milieu social généralement considéré comme peu frappé. Je ne sais quels sont les auteurs vivants qui ont avancé que ce milieu social était peu frappé. A coup sûr, ce n'est aucun des membres de la commission.

Les considérations fort intéressantes que l'auteur a développées sur les professions de ses 202 malades auraient beaucoup gagné à être mises en parallèle avec les statistiques analogues d'autres établissements, notamment de ceux où il y a des malades payants. Ce n'est pas tant la profession qui est à incriminer, que le genre de vie auquel elle expose. Un des membres de la commission rappelait à ce propos qu'on ne voit pas de paralysie générale chez les femmes du monde, parce qu'elles mènent en général une existence calme, régulière et exempte de soucis. Lorsqu'on en trouve chez elles, c'est qu'elles ont mené une existence plus ou moins agitée et scabreuse. Dans la classe ouvrière au contraire, la femme partage le labeur de l'homme, et collabore comme lui au gain du pain quotidien, elle partage aussi souvent ses débauches et fournit ainsi son contingent à la paralysie générale.

En terminant ce chapitre, l'auteur nous donne l'observation d'un cas de paralysie générale chez un imbécile, et rapporte une observation de paralysie géné-

©BIUM

rale succédant à un traumatisme, survenu cinq mois avant l'entrée du malade et qu'il eût été fort intéressant de discuter et de rapprocher des cas publiés par M. Vallon dans sa thèse que vous connaissez tous.

Le deuxième chapitre, intitulé : *Etiologie générale*, est fort intéressant et bien supérieur au précédent. L'auteur met en parallèle l'influence des grandes villes, et l'influence de la province où la paralysie générale est quatre fois moins fréquente. Un tableau résume ce que nous avons vu plus haut au point de vue de l'âge. Puis viennent d'excellentes considérations sur l'hérédité. — L'hérédité congestive, l'hérédité non similaire de Lunier, Doutrebente, etc., qui s'appuie d'ailleurs sur des bases anatomiques et physiologiques, ainsi que l'ont montré les travaux de Calmeil, Marcé et Robin, Magnan, etc: Elle s'est montrée seule 21 fois, associée à d'autres, 11 fois, soit 53 0/0.

L'hérédité vésanique peut être aussi constatée d'après Friese, elle est reléguée dans l'ombre par Aubanel, Lunier, Baillarger. Lionnet reconnaît une paralysie d'ordre vésanique. M. Christian dit que la paralysie générale ne diffère guère à ce point de vue, des autres maladies mentales. — En somme, l'auteur a noté la folie dans 18 familles sur 60, soit 30 0/0, dont 6 fois l'hérédité vésanique seule.

Quant à l'hérédité alcoolique, l'auteur rappelle l'opinion déjà citée de M. Magnan. Elle n'a ici que le troisième rang. Elle est du reste fort rare en Suède, en Ecosse, en Irlande, pays éminemment alcooliques. Le directeur de l'asile de Dublin affirmait à M. Ball ne connaître la paralysie générale que par les descriptions des auteurs, n'en ayant vu que quatre ou cinq cas dans sa longue carrière.

L'auteur attache une certaine importance à l'hérédité arthritique, relevée 10 fois, dont 6 fois seule, les congestions étant habituelles chez les arthritiques.

Les antécédents personnels ont montré comme influence, de nombreux excès, notamment 35 fois sur 46 des excès alcooliques, et 8 syphilitiques dont 4 seulement certains. 2 cas d'insolation. — En somme, chapitre fort intéressant et bien traité, et à coup sûr le meilleur de l'ouvrage.

©BIUM

Je serai plus bref, Messieurs, sur la deuxième partie du mémoire n° 1, car elle est surtout composée par 28 excellentes observations. Le temps me manque pour les analyser en détail. Je signalerai seulement les points principaux.

Sous le titre de paralysie générale précoce, l'auteur range 19 observations au-dessous de 36 ans. Mais 10 seulement ont moins de 30 ans comme date de début, et 2 moins de 25 ans. Aussi votre commission a-t-elle trouvé que la précocité de ces malades n'était pas très démontrée.

Je signale surtout l'obs. 16 ayant trait à un malade qui eut un phlegmon iliaque ouvert spontanément par l'ombilic. Ce cas intéressant eût mérité une discussion et, l'état mental n'ayant pas été amélioré, eût pu être rapproché des obs. 27 et 28 où l'auteur signale les heureux effets de suppurations prolongées. Citons encore l'obs. 18 d'un paralytique avec idées de persécution et l'obs. 19 où nous relevons des excès alcooliques et vénériens considérables, de la sodomie et une marche très rapide de la maladie. — L'auteur a remarqué que dans la paralysie générale précoce, les influences étiologiques se retrouvent avec plus d'évidence et sont surtout d'ordre héréditaire. Quant à l'aspect de la maladie, prédominance notable des formes démentielles.

Sous le nom de paralysie générale tardive, l'auteur groupe trois observations qui ne présentent rien de spécial comme délire, mais une hérédité très chargée, à la fois vésanique et congestive, ce à quoi l'auteur paraît attacher une grande importance. Mais en ce qui concerne l'obs. 20, votre commission a pensé qu'il était un peu téméraire de qualifier de tardive une paralysie générale dont le malade meurt à cinquante-six ans et sur le début et la durée de laquelle nous ne sommes pas éclairés. Il n'en est pas de même de l'obs. 22 (malade de 67 ans), dont l'autopsie est bien faite et bien discutée.

Sous le nom de forme féminine viennent deux observations. Ces malades ont, il est vrai, un délire puéril qui se rapproche de celui de la femme. Mais l'auteur critique, et non sans raison, la création de cette forme dite féminine chez l'homme. Un membre de la commission

©BIUM

rappelait à ce propos un mot de Lasègue : « Dans la paralysie générale, au point de vue du délire, les hommes deviennent souvent des femmes, mais les femmes ne deviennent jamais des hommes. »

Citons ensuite l'obs. 25 fort bien discutée et rédigée de main de maître, et l'obs. 26 qui est un bel exemple de cristallisation du délire, analogue à celle des persécutés, mais qui ne serait pas aussi rare que l'auteur paraît le croire. — Enfin deux observations montrant l'influence heureuse des suppurations prolongées. Deux malades ayant subi l'empyème ont vu survenir une rémission et leurs facultés redevenir à peu près normales. L'auteur rappelle à ce propos les travaux de Bouillaud, de Trélat, de Laffitte (qui ont passé à leur époque inaperçus) et que les auteurs eux-mêmes n'avaient pas mis en lumière, car Baillarger est le premier qui ait vraiment appelé l'attention sur ces faits. Le candidat cite encore les travaux de Doutrebente et de Christian. Mais on peut lui reprocher d'avoir complètement omis les travaux d'un de ses devanciers, notre collègue M. Larroque; celui-ci dans son mémoire sur les rémissions qui a obtenu le prix Esquirol en 1886 a fait de cette question une consciencieuse étude.

Le mémoire se termine par quelques considérations sur l'inégalité pupillaire. Après une trop courte bibliographie l'auteur cite les chiffres suivants ;

Inégalité,	165 fois sur 174,	soit	81 0/0
Egalité	9 fois	—	5 0/0

59 fois la pupille gauche était plus large que la droite.

Ces chiffres sont intéressants, car ils donnent une proportion au-dessus de la moyenne observée. Mais la commission regrette que l'auteur n'ait parlé ni de la mydriase, ni surtout du myosis, ni du réflexe pupillaire qu'il eût été intéressant d'explorer sur 202 malades. Il ne nous parle pas non plus des changements survenus dans l'état des pupilles du même malade, changements qu'il a pourtant observés, car il les a cités dans plusieurs observations.

En somme, Messieurs, votre commission estime que

©BIUM

le mémoire n° 1 est un travail très intéressant et surtout très consciencieux quoiqu'il s'y trouve trop peu d'érudition, et pas assez d'originalité.

Le mémoire n° 2 a pour épigraphe : « *Scribitur ad probandum.* Le meilleur moyen de prouver, c'est de réunir un grand nombre de faits cliniques bien observés. » Le titre en est : « *Etude statistique et clinique sur l'hérédité de la folie.* »

Ce mémoire fort sérieux apporte à la science des documents précieux qui se recommandent par leur nombre, par la source où ils ont été puisés et par les excellentes remarques qui les accompagnent.

En effet, 219 observations ont été confiées à l'auteur par M^me^ Lucas, veuve de l'éminent aliéniste, et 179 autres par le chef de service du candidat. Elles ont été prises pendant les années 1871, 1872, 1885 et 1886. Ce qui donne en totalité quatre cents observations environ.

L'auteur en a fait un judicieux triage. Il nous donne le résumé d'un grand nombre d'entre elles. Toutes sont classées en différentes catégories et forment ainsi des tableaux statistiques très clairs, dont je citerai et résumerai les principaux. On ne saurait trop louer l'auteur du mémoire n° 2, d'avoir su, par ses exposés si clairs, rendre agréable la lecture d'un travail exclusivement de statistique, ces sortes de travaux étant généralement aussi instructifs que peu attrayants.

Discutant la question de l'hérédité en général, l'auteur estime que, dans la catégorie des héréditaires, on a créé une grande classe d'insuffisants, de mal équilibrés qu'on appelle les dégénérés, et qui présentent, surtout pendant la période de développement, des signes particuliers, qu'on a désignés sous le nom de tares, de stigmates héréditaires. Chez ces dégénérés, on a pensé qu'il existait presque toujours une tare héréditaire. Il a paru à l'auteur qu'au point de vue de la prédisposition héréditaire, on avait exagéré l'importance de ces folies spéciales, et que ces anomalies, ces formes qui s'écartent de la physionomie générale habituelle de l'aliénation mentale, se rencontraient souvent aussi, en dehors même de l'influence héréditaire. Un tableau général résume le travail de l'auteur.

©BIUM

	Hommes.	Femmes.
Hérédité directe, immédiate.	78	110
— médiate (atavisme).	5	21
Hérédité indirecte.	7	47
— indéterminée.	21	41

Dans un deuxième chapitre, nous voyons que la mélancolie a été la forme prédominante chez les femmes présentant une prédisposition héréditaire (97 cas sur 219). Ce qui se résume dans cet axiome, que les femmes sont particulièrement sujettes aux vésanies pures qui sont les formes d'aliénation mentale essentiellement héréditaires. En effet, nous trouvons les proportions suivantes :

	Hommes.	Femmes.
Mélancolie.	21 0/0	44 0/0
Manie.	13 0/0	25 0/0
Alcoolisme.	20 0/0	4 0/0
Paralysie générale.	26 0/0	4 0/0

La mélancolie a eu, chez les femmes observées, la physionomie générale habituelle ; l'auteur n'a point remarqué de particularités lui permettant de distinguer la cause héréditaire, folie du doute, du toucher, dégénérescence, etc.

Pour les hommes, dans la moitié des cas, la mélancolie est liée à l'alcoolisme. Le suicide est plus fréquent. Esquirol expliquait sa rareté relative chez la femme, par l'influence des sentiments religieux.

La manie donne des chiffres plus élevés chez les femmes, qui présentent notamment six cas de manie puerpérale, un seul de manie alcoolique. Chez les hommes les idées de persécution sont plus accentuées, les hallucinations plus pénibles, les visions terrifiantes, ce qui tient à l'alcoolisme. Deux cas de manie alcoolique avec prédominance d'idées ambitieuses.

Pour la paralysie générale, 8 femmes seulement, dont 2 syphilitiques. Même proportion pour les femmes alcooliques. Il est à noter que les professions de fille publique, marchande des quatre saisons, ménagère, sont les seules rencontrées dans les observations ayant trait à la paralysie générale et à l'alcoolisme chez les femmes.

Rien de particulier pour la paralysie générale chez l'homme, l'hystérie, l'épilepsie, la démence ; faible proportion de débilité mentale, idiotie et imbécillité, ce qui

©BIUM

s'explique, ces derniers étant envoyés dans des asiles spéciaux. Aucun cas de folie du doute, du toucher, d'agoraphobie.

Au point de vue de l'hérédité directe ou indirecte, on trouve chez les femmes :

Hérédité directe convergente.	7		
— — mère.	60	110	
— — père.	43		
— indirecte côté maternel	27	47	
— — — paternel	18		

La mère transmet plus particulièrement la mélancolie, avec ou sans délire des persécutions et l'excitation maniaque (20 mélancoliques et 22 maniaques sur 60 héréditaires maternels). La paralysie générale, l'affaiblissement intellectuel et la démence, l'hystérie fournissent également ici un chiffre plus élevé. Le contraire a lieu pour la débilité, l'idiotie, l'épilepsie et l'alcoolisme.

Dans l'hérédité indirecte, le côté maternel, en ce qui concerne la mélancolie, aurait une influence héréditaire deux fois plus considérable que dans l'hérédité directe.

En résumé, 22 0/0, c'est-à-dire le quart des aliénés, présentent une prédisposition héréditaire.

Les recherches de l'auteur corroborent cette remarque de M. Baillarger, que les plus graves et les plus nombreux faits de transmission héréditaire chez les femmes ont eu lieu par le fait de la mère ; en effet, l'hérédité maternelle prédomine dans les deux tiers des cas.

Pour les hommes nous trouvons les chiffres suivants :

Hérédité directe, convergente.	9
— de la mère.	44
— du père.	28
Hérédité indirecte, côté maternel.	10
— côté paternel.	2

Ici, les proportions sont à peu près les mêmes pour la mélancolie, transmise indifféremment par le père ou par la mère. — Pour la manie, la paralysie générale, l'épilepsie, la démence et l'alcoolisme, la prédominance de l'influence héréditaire directe appartient à la mère. Pour les folies morphologiques, la proportion est égale.

Quant à l'hérédité indirecte, on trouve la prédomi-

©BIUM

nance du côté maternel dans la paralysie générale et la folie alcoolique. Pour les autres affections, proportions à peu près égales. Enfin, il y a eu, chez les femmes, 41 cas d'hérédité indéterminée et 25 chez les hommes.

Le chapitre IV nous présente une étude très consciencieuse de l'atavisme.

Cet atavisme présente chez les femmes une proportion de 9 0/0, chez les hommes de 4 0/0.

Pour les femmes dans les 4/5 des cas, la transmission héréditaire provient de la grand'mère maternelle, dans un cinquième seulement du côté paternel. Chez toutes celles qui ont fait des tentatives de suicide, nous trouvons l'hérédité du côté maternel. L'influence du côté maternel est exclusive pour l'épilepsie, la folie religieuse, le délire des persécutions. Il y a prépondérance de ce côté dans les affaiblissements intellectuels et la manie puerpérale. L'influence héréditaire du côté paternel est exclusive dans l'alcoolisme.

Bref, l'atavisme est la reproduction, après une génération indemne, d'accidents nerveux ou de troubles cérébraux observés dans la deuxième génération antérieure. L'atavisme ne saute généralement qu'un degré ; quelquefois, la transmission héréditaire est à plus longue échéance. L'atavisme est ordinairement un fait isolé spontané dans une famille; il est alors favorisé par des conditions de milieux ou de centres difficiles à apprécier.

L'auteur étudie ensuite l'hérédité similaire dans chaque forme d'aliénation. Il la trouve manifeste pour les suicides, et variable pour les autres. Une observation présente un curieux exemple d'hérédité de crime et de perversité. Nous voyons ensuite cités de nombreux exemples d'hérédité alternante ou croisée, c'est-à-dire le fils apportant la prédisposition aux maladies maternelles et la fille aux maladies paternelles; mais ces observations n'ont pas été assez concluantes pour que l'auteur prît un parti dans le débat.

Un dernier chapitre, enfin, étudie l'influence des ascendants sur les descendants, dans chaque forme d'aliénation. — Il est admis en général que les ascendants alcooliques, épileptiques, hystériques, prédisposent tout particulièrement leurs descendants à la débilité mentale, l'imbécillité, l'idiotie. Cette règle se trouve confirmée

©BIUM

ici, la moitié des imbéciles et des débiles descendant de pères alcooliques ; un tiers ont eux-mêmes des habitudes d'ivrognerie.

La moitié des épileptiques avaient leur père ou leur mère épileptique. 28 0/0 ont des alcooliques dans leurs antécédents. Rappelons ici les expériences de Brown-Séquard sur l'hérédité de l'épilepsie, que l'auteur rapproche heureusement de ses recherches statistiques.

Dans 30 observations l'épilepsie s'est aggravée chez les descendants. Chez d'autres elle s'est amendée par des croisements avec des sujets sains. — Chez les malades hommes, la proportion d'ascendants apoplectiques ou hémiplégiques a été de 35 0/0 et de 10 0/0 d'épileptiques. Les femmes persécutées présentent une proportion d'ascendants alcooliques de 35 0/0.

En dernier lieu, un tableau bien dressé montre à quel âge l'aliénation mentale s'est développée suivant les formes.

Le maximum de fréquence chez les deux sexes est de 25 à 40 ans.

Ce travail est clos par des conclusions bien posées, qu'il me semble inutile de rapporter ici.

Vous voyez en somme, Messieurs, que nous sommes en présence d'un travail sérieux et fort instructif. D'après les réflexions qui émaillent ce mémoire, on voit que l'auteur doit être depuis longtemps rompu à la pratique de la psychiatrie. Il m'a été difficile de vous faire comprendre tout l'intérêt de ce travail, ne pouvant vous rapporter ici tous les tableaux statistiques, et les nombreux résumés d'observations. Je ferai cependant une critique à l'auteur du mémoire n° 2. Le chiffre de ses 400 observations en fait certes un ouvrage de statistique important, sinon imposant. Mais il eût été d'un haut intérêt de ne pas se contenter de ces observations, et de réunir en des tableaux faciles à comparer avec ceux du candidat, toutes les données statistiques publiées par les auteurs qui ont traité ces questions. On aurait eu ainsi un coup d'œil complet sur l'hérédité, non pas seulement de 400 malades, mais de l'aliénation mentale entière.

Malgré les grandes qualités du mémoire n° 2, ce n'est pas à lui que votre commission vous propose de dé-

©BIUM

cerner le prix Esquirol. En effet, nous ne trouvons dans ce mémoire aucune observation personnelle, prise par l'auteur lui-même. Les unes viennent de M. Lucas, les autres de son chef de service. On nous objectera que l'auteur a fait preuve de travail personnel dans le classement et la critique de ces observations, et qu'une statistique ne peut pas ne compter que des faits personnels; il n'en est pas moins vrai que l'auteur ne nous a pas présenté une seule observation prise par lui-même. Ce mémoire est un excellent travail de cabinet; ce n'est pas un travail clinique, dans le sens où doit l'entendre la commission du prix Esquirol, prix destiné à encourager les jeunes gens qui ont mis à profit leur temps d'internat dans nos asiles.

Aussi, ce ne sera pas en vain que l'auteur du mémoire n° 1 aura, dans son introduction rappelé le but du prix Esquirol. Nous trouvons chez celui-ci des observations toutes personnelles et c'est à lui, à son travail intitulé : *Considérations cliniques et statistiques sur la paralysie générale chez l'homme*, que votre commission vous propose de décerner le prix.

Il va sans dire, Messieurs, que vous ne pouvez manquer de féliciter, et de dédommager en quelque sorte l'auteur du bon mémoire n° 2. Il était absolument impossible de lui donner le prix, puisqu'il n'était pas dans les conditions requises; mais il a fait preuve d'un sérieux labeur et nous apporte des statistiques précieuses. Aussi votre commission, dont je suis l'interprète, a formulé le vœu de lui accorder une mention honorable.

Conformément aux conclusions de ce rapport, le prix *Esquirol* est décerné à M. Arnaud, interne de l'hôpital de Villejuif, auteur du mémoire intitulé : *Considérations cliniques sur la paralysie générale chez l'homme.*

M. Barthomeuf, interne à l'infirmerie spéciale de la Préfecture de police, obtient une mention honorable pour son *Étude statistique et clinique sur l'hérédité de la folie.*

©BIUM

Rapport sur le prix Moreau (de Tours).

M. CHASLIN. — Messieurs, la Commission (1) du prix Moreau (de Tours) a eu cinq mémoires à examiner. Deux d'entre eux, le numéro 5 et le numéro 2, ont paru un peu trop rapidement faits pour pouvoir fixer longtemps notre attention. C'était donc entre les trois mémoires restants qu'il fallait, s'il y avait lieu, faire un choix. Tous les trois sont intéressants et augmentent en quelque point la somme de nos connaissances en psychologie morbide. Tous les trois nous ont semblé mériter une récompense, quoiqu'à des degrés différents. Celui qui paraît digne d'avoir le prix est la thèse de M. Baret, intitulée : *De l'état de la mémoire dans les vésanies.*

C'est plutôt une esquisse qu'une étude véritablement approfondie de la question; et peut-être l'auteur n'a-t-il pas vu toute la portée psychologique complexe d'un pareil titre.

Il n'a pas divisé clairement son sujet en partant de la définition qu'il adopte d'après M. Ribot : la mémoire comprend trois choses, la conservation de certains états, leur reproduction, leur localisation dans le passé, ces trois facteurs ayant pour substratum commun la mémoire organique qui n'est autre qu'une propriété de la matière vivante. Au point de vue pathologique, ces trois facteurs peuvent être modifiés ou altérés séparément ou à la fois, sans qu'il y ait aliénation. L'état de folie accroît la complexité des désordres physiques et la difficulté de l'analyse, car la reproductivité, entre autres troubles des états de conscience, peut être le plus souvent modifiée, depuis sa suppression jusqu'à son exagération qui constitue l'illusion et l'hallucination.

Étudier l'état de la mémoire dans les vésanies en particulier, c'est étudier l'état des trois parties constitutives pendant l'accès et après l'accès. Pendant l'accès, il faut savoir si le trouble intellectuel consiste en une modification pathologique de ce qui constitue la mémoire ou plutôt les mémoires, et en même temps si à

(1) MM. Moreau (de Tours), Christian, Ball, Dubuisson, Chaslin, rapporteur.

©BIUM

côté de ce trouble l'esprit du patient peut encore retenir le souvenir de son état antérieur et de son état actuel en dehors de son délire. Après l'accès, il y a à rechercher si l'aliéné guéri se souvient de son délire et aussi des impressions correctes que son esprit a pu recevoir au même moment. Cette division logique, M. Baret ne l'a pas établie au commencement de son travail, quoiqu'en réalité il l'ait suivie pour l'examen et l'interrogatoire des malades. Il n'a pas non plus poursuivi l'étude des différentes mémoires. Mais si le côté psychologique est insuffisant dans cette thèse, le côté pratique est mieux traité.

Les formes d'aliénation, nommées vésanies quand elles sont l'effet d'un trouble probablement fonctionnel simple, peuvent aussi être les signes d'une altération organique.

Dans le premier cas, la mémoire, au sens général, c'est-à-dire la mémoire des faits de la vie ordinaire, n'est pas touchée; tandis qu'au contraire, dans le second cas, elle est toujours altérée. C'est un point important de diagnostic et de pronostic que de constater l'état de la mémoire psychologique qui peut nous renseigner, en dehors de tout trouble somatique, sur l'intégrité de la substance nerveuse cérébrale. C'est là ce que M. Baret met bien en relief. Il faut toujours avoir le plus grand soin d'interroger le malade à cet égard, en lui posant des questions appropriées à son état et à sa culture intellectuelle. La justesse du pronostic dépend en grande partie de cet examen. Quand on constate de l'amnésie, c'est qu'on est en présence d'une folie symptomatique soit de lésion organique ou vasculaire, soit d'intoxication, d'infection, d'une névrose, ou d'une diathèse. Au point de vue médico-légal, il est important de savoir que l'intégrité de la mémoire n'exclut pas l'existence d'une folie des mieux confirmées, ce qui, malheureusement, n'est pas très connu des magistrats.

L'*Essai sur le tabes moteur*, par le Dr Tacussel, vient en seconde ligne. La commission propose de lui accorder une première mention honorable. En opposition avec le tabes sensitif ou ataxie locomotrice, consistant en une altération des cordons postérieurs de la moelle, il y a un tabes moteur, portant sur le système pyrami-

©BIUM

dal, pouvant s'étendre en haut ou en bas et produisant la démence ou l'amyotrophie. En dehors des altérations secondaires des cordons latéraux, il y a une maladie primitive de ces cordons, la sclérose latérale amyotrophique de Charcot. L'idée soutenue par M. Pierret, adoptée par M. Tacussel, est que cette lésion spéciale donne souvent lieu par une lésion de même nature, relevant de la même forme nosographique, à des troubles psychiques que l'on peut confondre avec la paralysie générale, ainsi que le montrent bien les observations de MM. Pierret et Savage. Dans ce cas, au lieu de la perte habituelle des réflexes rotuliens, on observe une exagération avec toutes ses conséquences de trépidation épileptoïde, de démarche spasmodique ou de contracture. Nous regrettons vivement que l'auteur n'ait pas cherché à séparer plus franchement de ce que l'on appelle paralysie générale, la forme spéciale de tabes moteur. Surtout il fallait insister bien davantage sur les altérations de l'esprit qui sont à peine indiquées comparativement aux autres symptômes et aux détails, bien décrits d'ailleurs, d'histologie pathologique. Cela eût peut-être permis de donner à ce travail la première récompense, car la commission a trouvé que le côté mental était traité trop rapidement, quand le prix Moreau (de Tours) était spécialement destiné à un travail de psychologie morbide.

Une dernière mention honorable semble devoir être attribuée à M. le Dr Aubry pour son étude : *La contagion du meurtre*. Le style est élégant et facile, mais le sujet n'est pas serré de près. Il est vrai qu'il était difficile de le faire, tellement sont vagues encore les résultats obtenus sur cette question ardue de la criminalité. L'idée de meurtre est contagieuse, et la presse joue dans cette propagation un côté funeste. L'auteur montre que deux facteurs sont nécessaires : l'hérédité ou la dégénérescence et l'éducation. Toute cette étude est intéressante et contient une grande quantité de faits; mais la conclusion qu'on peut tirer n'est pas bien consolante, et les remèdes proposés agissant dans la sphère sociale ne sont guère appelés à avoir de l'efficacité que grâce à une lente transformation des individus eux-mêmes, des mœurs et des lois.

©BIUM

Les conclusions de ce rapport sont mises aux voies et adoptées. En conséquence, M. Baret, auteur de la thèse intitulée : *De l'état de la mémoire dans les vésanies*, obtient le prix Moreau (de Tours). Des mentions honorables sont accordées : 1° A la thèse de M. Tacussel : *Essai sur le tabes moteur ;* 2° à la thèse de M. Aubry : *La contagion du meurtre.*

Rapport sur le prix Aubanel.

M. J. Séglas. — Messieurs, la Société médico-psychologique avait chargé une commission, composée de MM. J. Falret, Charpentier, Briand, Féré et Séglas, d'examiner les mémoires déposés pour le concours du prix Aubanel. Je viens aujourd'hui vous soumettre les conclusions de cette commission.

Le sujet à traiter était : *Du rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme.*

Cinq mémoires ont été déposés. Je ne dirai que peu de chose de trois d'entre eux qui, d'un accord unanime, nous ont paru ne pas mériter de récompense. Je suivrai d'ailleurs, pour vous en rendre compte, l'ordre de classement général.

Le volumineux travail inscrit sous le numéro 5 traite une tout autre question que celle qui avait été proposée, et le titre même a été modifié dans le sens du contenu. D'ailleurs, ce travail se trouve mis hors concours par le fait qu'à la page 39 de l'avant-propos, cahier I, on trouve à la fin d'un paragraphe, en dehors de toute citation, une signature qui nous a paru ne pouvoir être que celle de l'auteur.

Les idées principales qui se dégagent du mémoire numéro 3 sont les suivantes : la folie alcoolique se développe le plus souvent chez l'homme prédisposé par l'hérédité à l'aliénation mentale, et sans qu'il soit besoin pour cela de longs excès. Dans ces cas, à côté des symptômes habituels de l'alcoolisme, on trouverait comme caractéristique de l'hérédité, de l'excitation maniaque rémittente ou des phénomènes pathologiques à marche rémittente. D'ailleurs, le pronostic serait toujours plus grave. Nous devons avouer que les arguments donnés à l'appui de cette thèse ne nous ont pas du tout paru convaincants. Les seize observations que ce mémoire renferme

©BIUM

sont, en général, bien écourtées. En outre, l'analyse nous en paraît sujette à contestation. C'est ainsi que l'excitation maniaque rémittente peut être aussi bien la cause que l'effet de l'alcoolisme ; car nous sommes ici sur un terrain héréditaire très favorable en général aux rémittences, et, d'un autre côté, les excès de boisson, entraînant à leur suite l'alcoolisme, sont loin d'être rares dans tous les états d'excitation maniaque simple ou symptomatique. Nous reprocherons enfin à l'auteur qui a voulu faire un travail complètement original, d'avoir, par ce fait, laissé de côté toute la bibliographie du sujet, lacune que ne suffisent pas à compléter les documents personnels qu'il apporte.

Au mémoire numéro 1 nous ne ferons qu'un reproche, mais il est capital, c'est de n'avoir pas compris la question dans le sens où elle était posée. Les concurrents devaient surtout s'attacher à traiter les deux points suivants : rechercher d'abord quels sont les antécédents héréditaires des alcooliques ; puis quelle influence peut exercer l'hérédité, s'il y en a, sur la forme, la marche, etc... de l'alcoolisme. Or, ces questions sont très brièvement étudiées dans ce travail où l'on trouve en revanche des considérations fort longues sur l'hérédité et l'alcoolisme en général, et où, au point de vue de l'influence réciproque de ces deux facteurs, l'auteur ne traite guère que le côté le plus connu de la question, celui de la descendance des alcooliques, renversant ainsi la question posée. Nous passerons dès lors sur les critiques de détail et nous espérons que l'auteur, mieux inspiré une autre fois, prendra sa revanche ; car son mémoire dénote un travailleur instruit et très au courant des choses de l'aliénation mentale.

Messieurs, les deux mémoires dont il nous reste à vous rendre compte, présentent une valeur relative bien supérieure, à tous points de vue, à celle des précédents.

Le mémoire numéro 4 comprend sept chapitres : le premier traite de l'historique du sujet ; dans le second nous trouvons quelques considérations sur l'état mental des buveurs ; dans la troisième est traitée, peut-être un peu rapidement, la question des antécédents héréditaires des alcooliques « qui se traduisent, dit l'auteur, par toutes

©BIUM

les tares possibles, depuis le simple nervosisme jusques et y compris l'aliénation mentale en passant par la névrose. Mais on y rencontre surtout des alcooliques, dans une proportion qui est montée dans notre statistique jusqu'à près de 2/3. » Dans les chapitres suivants qui constituent le fond même du mémoire, l'auteur étudie les particularités que l'hérédité imprime aux manifestations alcooliques ; forme compliquée ou pathologique de l'ivresse, éveil de la prédisposition latente chez l'héréditaire ou exaspération d'un délire sous l'influence d'un appoint alcoolique ; marche plus lente chez ces malades du délire alcoolique qui présenterait trois phases bien distinctes : une première période d'incubation, longue et marquée par la présence d'idées délirantes variées qui viennent se surajouter et se mélanger aux symptômes de l'intoxication. Puis une deuxième période d'état qui revêt deux formes, la forme mélancolique et la forme ambitieuse, cette dernière caractéristique dans ces cas d'un état de dégénérescence mentale. Dans la forme mélancolique, on note souvent le suicide, qui, sauf les cas où il est lié aux troubles hallucinatoires toxiques, serait l'indice d'une prédisposition mélancolique antérieure. Enfin, dans la troisième période de régression, on peut voir éclore une nouvelle forme de délire qui vit de sa vie propre et se termine par la guérison ou la chronicité. Nous trouvons encore signalée la fréquence des rechutes, la création rapide par l'alcool d'un terrain de dégénérescence acquis, certaines formes de l'épilepsie alcoolique, et des tendances dipsomaniaques indiquant une étape vers la dipsomanie impulsive proprement dite. Cette vue d'ensemble rapide nous montre que la question a été traitée complètement dans le mémoire qui renferme d'ailleurs 117 observations dont 108 personnelles. On pourrait cependant lui adresser certaines critiques : c'est ainsi que la division des alcooliques en prédisposés maximum, prédisposés minimum et une troisième classe intermédiaire paraît quelque peu théorique, et chez ces prédisposés intermédiaires où les deux facteurs pathogéniques se combinent à doses égales, il nous semble bien difficile de faire la part des troubles psychopathiques qui reviennent à la prédisposition et de ceux qui sont sous la dépendance de l'al-

©BIUM

coolisme. On s'explique mal aussi ces étapes si nettes du délire alcoolique des prédisposés et surtout la durée plus longue de la période de préparation, alors qu'autre part l'auteur note l'apparition plus rapide des hallucinations et dit que le prédisposé a moins de résistance qu'un autre à l'intoxication alcoolique. Que ces deux faits puissent se présenter l'un et l'autre chez le prédisposé, cela est possible, mais c'est justement là une distinction à établir. Un point qui ne laisse pas aussi que d'étonner, c'est que parmi les 117 observations qui servent de base à ce travail sur l'hérédité, on en trouve plusieurs dans lesquelles les antécédents héréditaires sont inconnus, ce qui n'empêche pas l'auteur de les considérer comme des faits d'hérédité, en raison des caractères de la maladie. Il nous semble que c'est un peu préjuger de la question. Nous dirons encore que ce mémoire, très travaillé cependant, et qui contient des aperçus très intéressants, est malgré cela assez difficile à lire, surtout à cause des répétitions continuelles et des longueurs qu'il renferme.

Ce sont là des critiques que nous n'avons pas à adresser au mémoire n° 2, bien coordonné, facile à suivre dans ses développements, sobre de détails, dans lequel aussi la partie bibliographique est plus complète sans nuire pour cela à la quantité et à la valeur des documents personnels ; car, outre de nombreuses observations déjà publiées qu'il invoque, l'auteur s'appuie sur 350 observations personnelles et inédites pour arriver à ses conclusions. Ce travail comprend quatre grandes divisions : dans les trois premières sont traitées les questions suivantes : 1° L'alcoolisme peut-il être héréditaire ? 2° S'il est héréditaire (hérédité similaire), dans quelle mesure et de quelle manière agit l'hérédité ? 3° L'hérédité similaire est-elle la seule qui intervienne dans la genèse de l'alcoolisme. Dans le quatrième chapitre est étudié le mécanisme par lequel les prédisposés à l'alcoolisme deviennent alcooliques. Relativement au rôle général de l'hérédité dans l'alcoolisme, voici les conclusions auxquelles aboutit l'auteur. Dans 40,29 p. 100 des cas au minimum, l'alcoolisme reconnaît pour cause première l'hérédité. Dans le plus grand nombre des cas, 75,70 p. 100, c'est l'hérédité similaire; dans 24,30 p. 100, au

©BIUM

contraire, c'est l'hérédité dissemblable qui est en jeu. C'est ordinairement l'hérédité directe que l'on observe dans l'hérédité similaire. L'hérédité similaire peut frapper quatre générations consécutives, ce qui est rare ; et il est probable qu'elle ne dépasse pas cette limite. Nous trouvons étudiés ensuite le mode de manifestation de l'alcoolisme dans ces cas où il se développe sous l'influence de l'hérédité, et un parallèle entre cet alcoolisme héréditaire, la dipsomanie et l'alcoolisme acquis entre lesquels il se place. Puis viennent des considérations sur l'hérédité du goût pour la même boisson, sur la forme des accidents alcooliques, éclosion chez l'héréditaire, par suite d'excès alcooliques, d'un délire qui persiste ensuite, apparition plus facile des phénomènes cérébraux, délire alcoolique, paralysie générale alcoolique, accidents épileptiformes, etc. L'auteur paraît aimer la sincérité : aussi ne craindrons-nous pas de lui dire que c'est là le chapitre le moins complet, le point faible de son mémoire. C'est le reproche principal que nous avons à lui adresser. Dans le dernier chapitre qui a trait au mécanisme par lequel les alcooliques héréditaires deviennent alcooliques, on trouve bien exposée, avec des aperçus psychologiques intéressants, l'étiologie de la question. Toutes les causes qu'on peut relever ne sont que des causes occasionnelles et sont loin de jouer le rôle qu'on a voulu leur donner. La seule véritable cause est l'hérédité qui crée la prédisposition, l'impulsion et un état intellectuel et moral mettant l'individu dans l'incapacité de résister.

Comme vous le voyez, messieurs, la question, bien que traitée complètement dans ces deux mémoires, l'a été d'une façon très différente : dans le n° 4, c'est la partie qui a trait à l'étude des manifestations alcooliques chez l'héréditaire, qui est le plus développée ; dans le n° 2, c'est l'inverse, c'est la question elle-même de l'hérédité dans l'alcoolisme qui a été le plus longuement traitée. C'est en somme le point capital de la question ; car avant d'étudier l'alcoolisme héréditaire, il faut d'abord établir nettement son existence et son mode de transmission. Aussi, sans porter préjudice d'ailleurs aux documents fournis par son concurrent, ceux plus nombreux que nous trouvons dans le mémoire n° 2 nous seront-ils très

©BIUM

précieux à cet égard. L'aperçu que nous vous avons donné de ce dernier travail vous a paru peut-être un peu rapide ; c'est que si l'on peut analyser une théorie, on ne peut guère, quand il s'agit de faits, que donner des conclusions, surtout quand l'auteur les a critiqués lui-même avec toute la rigueur désirable.

Messieurs, quels que soient les mérites respectifs de ces deux derniers mémoires, considérant d'un autre côté les défectuosités qu'ils renferment et leur valeur tant absolue que relative, votre commission ne les a pas jugés mériter le prix Aubanel, le plus important de la Société médico-psychologique, et s'est arrêtée aux conclusions suivantes :

1° Il n'y a pas lieu de décerner le prix Aubanel ;

2° Il y a lieu de distribuer une partie de ce prix sous forme de récompense, ainsi qu'il suit :

Une première récompense de 1,200 francs au mémoire n° 2 (*Res non verba*) ;

Une seconde récompense de 800 francs au mémoire n° 4 : « Le dipsomane est aliéné avant de boire, l'ivrogne ne devient aliéné que parce qu'il a bu. »

Le prix n'est pas décerné. 1° Une mention honorable, avec récompense de 1,200 francs est attribuée à M. Sollier, interne des hôpitaux ; 2° une deuxième mention avec récompense de 800 francs est accordée à M. Legrain, médecin de l'asile de Vaucluse (Seine-et-Oise).

La séance est levée à six heures.

Paul GARNIER.

SÉANCE DU 28 MAI 1888.

Présidence de M. COTARD.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance du 30 avril.

M. J. FALRET, à propos du procès-verbal, fait observer que le compte rendu de la séance de mars 1888 (*Ann. méd. psych.*, n° de mai, p. 469), lui fait dire que le délire d'énormité, consécutif à la mélancolie anxieuse, peut être comparé au délire de grandeur dans la para-

©BIUM

lysie générale, alors qu'il a voulu le comparer au délire de grandeur consécutif au délire de persécution.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

Le dépouillement de la correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Legrain, médecin de Vaucluse, demandant à faire partie de la Société comme membre titulaire. Une commission composée de MM. Magnan, Briand et Saury, rapporteur, est nommée à cet effet ;

2° Une lettre de M. Larroque, qui, partant pour l'Amérique, demande à échanger son titre de membre titulaire contre celui de membre correspondant. Il est fait droit à la demande de M. le Dr Larroque.

3° Une lettre de remerciements adressée par M. Baret père au nom de son fils, lauréat du prix Moreau (de Tours) ;

4° Une lettre de remerciements de M. Arnaud, lauréat du prix Esquirol ;

5° Une lettre de M. Dupain, avec sa thèse de doctorat sur le délire religieux, demandant à faire partie de la Société comme membre titulaire. Une commission composée de MM. Magnan, Briand et Garnier, rapporteur, est nommée à cet effet.

La correspondance imprimée comprend :

1° Le n° 1er de la *Revista de neurologia y psychiatria*, par le Dr Bettencourt-Rodrigues.

2° *De l'opportunité d'interdire les séances publiques de magnétisme animal*, par le Dr Masoin.

M. Paul Garnier dépose sur le bureau, au nom de M. Klein, sa thèse sur le délire des grandeurs.

M. Le Président fait part à la Société de la mort de M. Fournet, membre honoraire de la Société.

Rapports de candidature.

M. Marandon de Montyel. — Messieurs, c'est à l'unanimité de vos suffrages que, dans la séance du 28 juillet 1884, vous avez nommé M. Chambard membre correspondant de notre Société. Le savant rapporteur de votre commission, M. Charpentier, vous disait alors, après avoir exposé les brillants états de services scientifiques du candidat : « Espérons que bien-

©BIUM

tôt M. Chambard viendra nous demander d'échanger contre le titre de membre titulaire celui de membre correspondant. » Cet appel, si flatteur pour celui qui en était l'objet, a été entendu, et je suis certain que si M. Chambard, dès son retour à Paris, ne s'est pas empressé de vous montrer tout le prix qu'il y attachait, en sollicitant de suite l'honneur qu'il brigue aujourd'hui, c'est qu'il avait à cœur d'ajouter d'autres titres à ceux qui déjà avaient rallié tous vos suffrages et de nous témoigner par là en quelle haute estime il tient notre Société.

En effet, travailleur infatigable, M. Chambard a publié depuis 1884 une nouvelle série de mémoires originaux qui ne le cèdent aux précédents ni en importance ni en mérite. Pour ne parler que de ceux relatifs à notre spécialité, car M. Chambard a écrit sur la symptomatologie et surtout sur l'anatomie pathologique des maladies de la peau, des articles qui lui ont assuré une réputation incontestée de dermatologiste, pour ne pas sortir, dis-je, du cercle de nos études, je vous rappellerai sa note sur un cas de syphiliphobie, parue dans les *Annales médico-psychologiques* de 1886, sa contribution à l'étiologie et à la symptomatologie des impotences fonctionnelles dans la *Revue de médecine* de 1887, son étude sur un cas de pneumonie furonculeuse parasitaire chez un paralytique général dans le *Progrès médical* de la même année et, toujours en 1887, ses deux communications à notre Société.

Est-il nécessaire, Messieurs, de vous analyser minutieusement tous ces écrits? Non, car vous les connaissez et vous les avez déjà appréciés à leur haute valeur. Tous, nous avons été frappés des liens étroits, passés pourtant jusqu'alors inaperçus, que les quatre observations de M. Chambard établissaient entre les impotences fonctionnelles et la diathèse névropathique, de l'importance de sa découverte, fait peut-être unique dans la science, du moins à cette époque, du microbe de la furonculose dans les nodules pneumoniques d'un paralytique général porteur d'un vaste anthrax du dos, enfin du vif intérêt que présentait le malade conduit devant vous le 23 mai 1887, malade atteint d'érythrasma, affection cutanée assez rare et de neuro-dermatose sté-

©BIUM

réographique, particularité clinique plus rare encore.

La communication sur un cas de paralysie générale hypochondriaque avec attaques hystériformes est plus sujette à discussion et elle a trouvé ici même des contradicteurs. Elle traite, il faut le dire, d'une des questions les plus obscures et les plus controversées de la paralysie générale, celle de la spécificité du délire hypochondriaque dans cette affection et de sa valeur diagnostique en dehors des signes somatiques. En ce qui me concerne, je ne crois pas à la valeur absolue de ce délire ; je pense, comme beaucoup d'entre vous, qu'il existe, même avec ses caractères les plus tranchés, micromanie ou macromanie par exemple, dans des états vésaniques sans rapport avec la démence paralytique ; pourtant je me demande s'il ne présenterait pas dans ces derniers cas certaines nuances, qui, malgré de nombreuses analogies, permettraient de le distinguer de celui du paralytique. Je me pose cette question depuis quelque temps déjà, car, sans me croire autorisé à être absolument affirmatif, il me semble résulter de mon observation personnelle que, dans le délire hypochondriaque absurde de la paralysie générale, la réaction est dépressive, tandis qu'elle est anxieuse, d'une anxiété qui va parfois jusqu'au suicide dans ce même délire, chez les nervosiques. Un paralytique qui se plaint de n'avoir plus de corps, de se rapetisser ou de s'allonger, restera assis immobile ou larmoyant en vous exposant sa triste situation, un nervosique en sera effrayé et angoissant. Or, chez le malade de M. Chambard, la réaction était active; on lit dans la description de notre confrère que l'agitation augmenta au point que l'aliéné fut transféré de l'infirmerie au quartier des agités. A en juger donc par ce signe différentiel, que je donne, je le répète, sous les réserves les plus formelles, le sujet de M. Chambard n'aurait pas été un paralytique et les réserves formulées lors de la communication par M. Magnan, se trouveraient ainsi confirmées.

Quoi qu'il en soit, vous voyez, Messieurs, combien M. Chambard a continué à se montrer digne de nos suffrages. Vous en serez plus convaincus encore quand j'aurai ajouté que sous peu vous lirez de lui, dans les *Annales médico-psychologiques*, une intéressante étude

©BIUM





©BIUM

casuistique sur la mise en liberté des aliénés et l'important article *Idiotie* du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Mais j'en ai déjà trop dit, car il m'eût suffi de prononcer devant vous le nom si connu et si estimé de tous du Dr Chambard pour que vous fussiez de l'avis de votre commission, que ce distingué confrère a sa place toute marquée parmi nous en qualité de membre titulaire.

Les conclusions du rapport précédent sont adoptées, et M. Chambard est, à l'unanimité, nommé membre titulaire.

M. J. Christian fait, au nom d'une commission composée de MM. Dagonet, Falret et Christian, un rapport verbal sur la candidature de M. le Dr Schüle, médecin en chef de l'asile d'Illenau (Grand-Duché de Bade), au titre de membre associé étranger.

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

Du délire chronique (suite).

M. J. Séglas. — Messieurs, ce n'est pas sans surprise que j'ai lu à la page 445 du dernier numéro des *Annales médico-psychologiques* une note additionnelle de M. Magnan, dans laquelle il critique vivement deux photographies que j'avais eu l'honneur de vous soumettre. Ces photographies n'ayant pas été publiées, je me crois d'autant plus en droit de répondre à la note personnelle de M. Magnan, que le lecteur pourrait penser qu'elle exprime l'opinion générale de la Société, tandis qu'au contraire, si j'ai bon souvenir de quelques interpellations qui se sont produites à ce propos, l'opinion de la plupart de nos collègues était d'accord avec la mienne.

Ces deux photographies devaient venir à l'appui du fait que j'avais énoncé, à savoir qu'une malade dont je donnais l'observation (Obs. II, p. 322 et 455) avait « le front fuyant, le vertex relevé, produisant un certain degré d'acrocéphalie ». Or, ce qui me paraissait visible sur la photographie de profil, n'est pour M. Magnan que « le résultat d'un artifice, la tête étant fortement fléchie, l'occiput très relevé, si bien que l'axe antéro-

©BIUM

postérieur se trouve presque vertical. Dans cette position forcée d'une tête dolichocéphale à front fuyant, toute la région postérieure devient saillante ».

D'abord cette position légèrement penchée de la tête n'est pas le résultat d'un artifice : elle est assez naturelle chez une malade en proie à un délire de caractère mélancolique. On la retrouve, bien que moins apparente, à cause de la position de trois quarts, dans l'autre photographie où, dit M. Magnan, la tête est laissée libre dans sa position naturelle. On peut d'ailleurs essayer de déterminer le degré d'inclinaison de la tête. En effet, dans la photographie incriminée, comme dans l'autre, d'ailleurs, que je soumets de nouveau à votre examen (Pl. I et II), vous pouvez voir, Messieurs, que le diamètre antéro-postérieur qui va de la racine du nez à la protubérance occipitale externe se trouve sur un plan sensiblement horizontal. Or, d'après les tableaux donnés par M. Topinard, ce plan forme au-dessous du plan horizontal de Broca un angle de 15° 88 en moyenne. Tel serait donc, à peu de chose près (4 ou 5°), le degré d'inclinaison de la tête de ma malade : il y a entre l'attitude de ma photographie et ce que dit M. Magnan, qui prétend que l'axe antéro-postérieur se trouve presque vertical, toute la différence qui sépare un angle aigu de 15°88 de l'angle droit de 90°, et l'expression « presque vertical », très élastique d'ailleurs, peut se traduire ici plus exactement par vertical à 75° près.

D'un autre côté, je ne comprends pas comment l'inclinaison, en la supposant aussi exagérée que possible, pourrait faire que « la région postérieure devienne saillante ». Car cette inclinaison, quelle qu'elle soit, ne change rien aux rapports respectifs des différents diamètres. Or, que nous donnent ces rapports ?

D'après M. Magnan, la simple inspection dénoterait une tête dolichocéphale. L'examen seul des premières photographies et d'une nouvelle que je vous présente, sur laquelle la tête est laissée libre, me semble prouver qu'il n'y a pas là la moindre dolichocéphalie. Mais rien n'est plus facile que de s'en assurer en calculant l'indice céphalique. Le diamètre antéro-postérieur maximum est 168, le diamètre transverse maximum oscille entre 132 et 133. Mais je prendrai le premier chiffre, d'autant

©BIUM

plus qu'il m'est défavorable. En appliquant à ces diamètres la formule de Broca, nous avons :

$$\text{I. c.} = \frac{\text{D T max.} \times 100}{\text{D A P max.}} = \frac{132 \times 100}{168} = 78{,}57$$

Or, d'après la classification de Broca, la malade ne serait pas dolichocéphale, pas même sous-dolichocéphale; mais son indice la classerait parmi les mésaticéphales dont l'indice céphalique va de 77, 78 à 80. M. Magnan veut-il se rapporter à d'autres classifications? Le résultat lui sera encore plus défavorable. D'après celles de Huxley, de Thurnam, de Welcker, ma malade aurait un indice céphalique de sous-brachycéphale. D'après des classifications plus nouvelles, en particulier celles de Ranke, de Kollmann, de Wirchow, de Flower, de Calori, etc., l'indice céphalique nous donnerait dans le cas actuel une mésocéphale. Enfin, en se reportant à la classification la plus récente, celle de M. Topinard qui adopte comme médiane 77 (l'indice maximum de la dolichocéphalie n'atteignant que 74), notre malade rentrerait dans le groupe des susmésaticéphales (78 et 79), voisin de celui de la brachycéphalie dont l'indice commence à 80.

Nous n'avons donc pas affaire ici à une dolichocéphalie. Cependant la critique même de M. Magnan implique qu'il y a un diamètre crânien plus développé; mais dans quel sens? Ce n'est pas en largeur, ce qui nous donnerait une brachycéphalie ; ce n'est pas en longueur, puisque l'indice n'est pas celui de la dolichocéphalie ; alors, ce serait donc en hauteur ; et nous aurions là le certain degré d'acrocéphalie que j'ai signalé, adoptant pour ma part la distinction établie par certains anthropologistes entre les acrocéphales, têtes à front fuyant, élevées en arrière (c'est ainsi que j'ai d'ailleurs défini ce que j'ai observé chez ma malade) et les oxycéphales, têtes à front plus ou moins droit et élevées dans la région bregmatique.

M. Ball, en présence de l'importance et de la gravité de la discussion, propose de faire insérer les photographies en question dans les *Annales médico-psychologiques*.

©BIUM

La proposition de M. Ball est acceptée et renvoyée au bureau.

M. B. BALL. — Messieurs, avant d'aborder le sujet de la discussion, je dois avant tout m'excuser d'être remonté de nouveau à la tribune, au risque de prolonger vos débats.

Mais si j'ai demandé la parole pour la seconde fois sur la question qui nous occupe depuis si longtemps, c'est que le discours de M. Magnan me semble avoir transporté sur un point différent le terrain du combat.

Au début, je me voyais en présence d'une armée envahissante, qui s'emparait du territoire tout entier, pour faire disparaître du cadre nosologique le délire des persécutions, pour lui substituer le délire chronique, et pour effacer de son histoire le nom de LASÈGUE; mais aujourd'hui nos adversaires, renonçant à l'occupation complète, se contentent de garder une seule province, dans laquelle ils entendent se cantonner.

Il faut, nous dit-on, faire une place à part au délire chronique.

Nous allons voir bientôt si cette prétention est justifiée; mais avant d'aller plus loin, qu'il me soit permis de remercier très sincèrement M. Magnan d'avoir rendu un hommage légitime aux grands maîtres qui nous ont précédés : à Lasègue, à Morel, à Falret, à Foville, sans parler des contemporains, dont les droits sont incontestables. Bien que M. Magnan ne les ait guère cités que pour les critiquer, le seul fait d'avoir prononcé leurs noms est un hommage rendu au grand principe que j'ai toujours soutenu, je veux parler du respect des ancêtres, qu'on avait trop oublié, dans quelques travaux récents.

S'il m'était permis maintenant d'adresser modestement une légère critique à nos honorables contradicteurs, je leur reprocherais d'argumenter en *théologiens*. Voici quel est, en effet, leur procédé : Ils commencent par définir un dogme, et le dogme une fois défini, ils en cherchent les preuves.

Toute observation favorable à leur doctrine est accueillie avec un empressement légitime et naturel; toute observation contraire est condamnée d'avance comme une hérésie, ou plutôt, pour employer le style médical, comme une « *erreur de diagnostic* ». Avec de tels pro-

©BIUM

cédés, on crée facilement une sorte d'orthodoxie locale sous le poids de laquelle on écrase les dissidents; mais on ne parvient pas à opérer des conversions sincères parmi ceux qui ont, comme moi, la conviction d'avoir soigneusement étudié leurs malades et d'avoir formulé les conclusions légitimes qui découlent des faits.

Mais je ne veux point soulever une discussion à propos de cas individuels; je veux porter le débat sur un terrain plus élevé, sur le terrain de la pathologie générale, dont les aliénistes, comme les autres médecins, doivent reconnaître la prépondérance.

Par quels moyens parvient-on à différencier les maladies, à les distinguer les unes des autres, à en tracer les caractères, à en préciser les limites? On s'adresse d'abord aux lésions anatomiques, quand il en existe; et c'est le malheur de la médecine mentale de manquer le plus souvent de cette base d'opération; on s'adresse ensuite aux symptômes, et mieux encore aux causes de la maladie, quand il est possible de les connaître.

Or, ce n'est sur aucune de ces données qu'on s'appuie aujourd'hui pour constituer le délire chronique; on nous signale uniquement l'évolution de certains troubles intellectuels, évolution qui distinguerait, dit-on, les délirants chroniques des autres persécutés.

C'est s'appuyer sur une base bien fragile que de prendre la marche et les terminaisons d'une maladie pour en déterminer les caractères, pour en tracer les limites, et surtout pour créer des espèces nouvelles. Si l'on acceptait un tel système, avec toutes ses conséquences, il faudrait admettre qu'il existe deux espèces de fièvre typhoïde, dont l'une se terminerait par la guérison et l'autre par la mort; deux espèces de syphilis, dont l'une céderait au traitement spécifique, tandis que l'autre suivrait impitoyablement sa marche pour aboutir un jour aux accidents tertiaires. Enfin, dans le domaine des névroses, il y aurait deux espèces d'hystérie, dont l'une respecterait toujours l'intégrité des fonctions intellectuelles, tandis que l'autre conduirait tôt ou tard à la folie.

Lorsqu'on décrit les trois stades successifs d'un accès de fièvre intermittente, qui se suivent et s'enchaînent dans un ordre si régulier, on fait de la symp-

©BIUM

tomatologie, on décrit les phénomènes caractéristiques d'une maladie dont la cause est d'ailleurs connue ; tantôt l'infection paludéenne, tantôt des lésions uréthrales, tantôt enfin des affections d'ordres divers.

Lorsqu'on décrit la folie circulaire, avec ses alternatives d'excitation et de dépression, se succédant à des intervalles rythmés, on décrit les oscillations d'un pendule, qui revient régulièrement à son point de départ. C'est encore ici par les symptômes, qu'on définit la maladie.

En est-il de même par rapport au soi-disant délire chronique? On nous parle d'une évolution, composée de quatre périodes, dont la durée reste absolument indéfinie, et dont la succession dans beaucoup de cas manque absolument. Nous savons, de science certaine, que beaucoup d'ambitieux n'ont jamais été persécutés, et que beaucoup de persécutés ne deviendront jamais ambitieux ; et lorsqu'on vient nous dire que cette évolution, quelquefois si rapide, est d'autres fois tellement lente qu'il faut toute la vie d'un médecin pour la constater, et encore à la condition que l'observateur soit au nombre de ceux qui ne sont pas destinés à mourir jeunes, on nous montre l'instabilité du terrain qu'on a choisi pour porter un poids aussi lourd.

Prétendre édifier la conception d'une maladie nouvelle sur de pareilles bases, est absolument inadmissible ; mais ce qui est surtout inadmissible, c'est la dénomination même de *délire chronique*, qui vise le caractère banal d'une longue durée, tandis que d'après ses défenseurs eux-mêmes, l'évolution serait le principal caractère de cette maladie.

Je demande donc la permission de formuler les conclusions suivantes, qui sont l'expression d'une pensée qui n'a jamais varié.

I. Le délire des persécutions a été créé par Lasègue, dont le nom doit rester attaché à cette vésanie.

II. Il n'y a pas lieu de créer, dans le cadre du délire des persécutions, une place à part pour les persécutés ambitieux sous le nom de délirants chroniques.

III. Enfin, l'on doit bannir du vocabulaire scientifique et médical le mot de *Délire chronique* qui ne répond à rien, pas même à la pensée de ses inventeurs.

©BIUM

Il me reste, Messieurs, un dernier mot à dire, un dernier devoir à remplir. Dans l'ouvrage classique de M. le professeur Schüle, parvenu à sa troisième édition et traduit en français par MM. Dagonet et Duhamel, le nom de Lasègue est absolument oublié, à l'article délire des persécutions, qui constitue un paragraphe incorporé dans le délire systématisé ou *paranoia*.

Pour répondre à un pareil déni de justice, ne convient-il pas de donner le nom de Lasègue à la maladie qu'il a créée? Une décision pareille, qui ne dépasserait pas la limite de ses droits, ferait honneur à la Société médico-psychologique.

M. PICHON. — Messieurs, au début de vos discussions sur le délire des persécutions, il y a deux ans bientôt, je n'aurais pas osé entrer dans le débat; et je me suis contenté, à ce moment, de venir incidemment, apporter à cette tribune quelques faits concernant une variété de délire de persécution que j'opposais au délire de persécution de Lasègue et que je proposais, en raison de son autonomie, de son individualité incontestable, d'appeler délire de persécution héréditaire raisonnant ou type Falret.

Mais, auditeur assidu de vos séances, nous avons entendu toutes les communications qui ont eu lieu depuis deux ans sur le délire des persécutions, nous les avons comparées et opposées. D'autre part, placé dans un grand service d'aliénés, nous avons pu, depuis cette époque, étudier et recueillir des faits. Et c'est le résultat de nos réflexions et de ces faits, surtout statistiques, que nous venons vous communiquer en quelques mots, en remerciant la Société de vouloir bien nous donner l'hospitalité.

Je serai très bref, pour ne pas abuser de vos instants.

I. — Le point surtout litigieux dans tous les débats, à toutes les séances, n'a point varié, a toujours été le même, c'est la *transformation du délire des persécutions en délire des grandeurs*. Et, toutes les communications, depuis deux ans, à part une ou deux, ont roulé sur ce thème.

On ne met pas en doute l'existence du délire des

©BIUM

persécutions. Sauf deux membres (1) distingués de cette Société, on n'a pas, ici, nié la marche progressive de cette vésanie, avec adjonction possible d'un délire ambitieux. Et, presque tous les orateurs (MM. Falret, Ball, Garnier, Magnan, Cotard, Briand, Charpentier, Doutrebente, Séglas, etc.) ont admis cette évolution à plusieurs périodes (2).

Seule, la transformation et le mode de ce délire ambitieux ont été le pivot de toutes les discussions contradictoires. Je ne parle pas des discussions à propos des nombreuses dénominations proposées, car cette question, qui touche au mode d'évolution de la maladie, s'y rattache immédiatement.

Malgré tous nos efforts, nous n'avons pu trouver d'autres points importants de désaccord. Et encore, disons-le de suite, les divergences qui ont eu lieu, à propos de cette complication, n'ont trait qu'à des sujets de détail. Autrement dit, dans cette question du délire des persécutions, qui semble tant partager les esprits, les divisions ne sont pas si profondes qu'on pourrait le croire.

Ce sera la première de nos conclusions.

Il existe, dans le délire des persécutions, une transformation qui peut faire que le persécuté devienne ambitieux. Voilà le fait dans sa simplicité. C'est aussi le fait brutal admis par la grande majorité des auteurs.

On ne saurait le nier, cette complication peut se montrer dans le cours de la maladie. Lasègue, le créateur de cette maladie, l'avait, du reste, signalée dès le début. Il n'en mentionne pas l'existence dans sa monographie célèbre de 1852. Mais, à différentes reprises, dans ses consultations judiciaires, dans son enseignement clinique, que nous ont légué ses élèves, Lasègue indique déjà l'association possible du délire primitif et du délire ambitieux. C'est un point d'historique que nous avons trouvé mentionné, du reste, par quelques auteurs, entre autres par MM. Linas, Ball, etc.

(1) Dagonet. Société médico-psychol. Novembre 1886. (In *Annales médico-psychol.*, mars 1887) ; Christian. Société médico-psychol. Mai 1887. (In *Annales médico-psychol.* Septembre 1887.)

(2) V. *Ann. médico-psych.*, discussion sur le délire chronique (depuis octobre 1886 jusqu'à avril 1888).

©BIUM

Seulement, disons, dès à présent, que Lasègue (1872), en notant des idées de grandeur chez le persécuté, les décrivait comme des éléments surajoutés simplement.

Dans une question d'une importance doctrinale si considérable, il y avait un certain intérêt à faire l'historique de la mégalomanie chez les persécutés. Or, beaucoup d'auteurs, depuis la publication du mémoire de Lasègue, ont mentionné les idées de grandeurs dans le cours du délire des persécutions. Nous ne citerons, ici, que les principaux pour ne pas prolonger les débats :

1855. — Spielman (*Diagnostic des maladies mentales*. Vienne, 1885).

1855. — Albert (de Bonn), *Manuel des maladies mentales*.

1862. — Morel (*Traité de médecine mentale*) y consacre quatre pages.

1864. — J.-P. Falret (*Maladies mentales*). La mégalomanie est un des deux aboutissants de la systématisation du délire avec la personnification.

1869. — Foville (*De la folie avec prédominance du délire des grandeurs*).

1872. — Legrand du Saulle (*Le délire des persécutions*).

1873. — Linas (Art. *Monomanie*, *Dictionnaire Dechambre*).

1874. — J. Falret (*Leçons cliniques* et communications. Soc. méd. psychol.) La mégalomanie constitue, avec la personnification, qui en est le premier terme, le deuxième terme de la période de *cristallisation*. M. Falret décrit déjà quatre périodes du délire des persécutions.

1877. — Garnier (*Idées de grandeur dans le délire des persécutions*. — Thèse de Paris).

1879. — Vallon (*L'automanie ou égomanie dans le délire des persécutions*. — In. *Ann. méd. psychol*).

1880. — Professeur Ball (*Autophilie. Mal. mentales*).

1881. — Magnan fait, sur ce sujet, une série de leçons qu'il reprend les années suivantes (V. *Progr. méd. et Journal des connaissances médicales*).

1883. — Gérente (Thèse de Paris, *Délire chronique*).

La présence du délire des grandeurs, dans la maladie qui nous occupe, est donc étudiée ou au moins signalée

©BIUM

par bien des auteurs. Et, actuellement, on doit dire que l'immense majorité des aliénistes l'admet, mais avec des restrictions diverses. Or, ce sont précisément ces restrictions qui ont divisé les différents orateurs dans les débats qui ont eu lieu.

A ce point de vue, nous aussi, nous avons recueilli des faits et une statistique à l'appui de cette question concernant la *présence* de la mégalomanie dans le délire des persécutions.

(Pour ne pas préjuger d'avance un point de doctrine particulier, nous ferons remarquer que nous ne nous servons que du mot *présence*, afin d'y revenir tout à l'heure.)

Les observations que nous avons recueillies, à ce sujet, ont trait à 54 *persécutés* du type classique, du type Lasègue ; tous très avancés dans leur délire.

Or, sur ces 54 *cas*, nous avons trouvé 10 persécutés mégalomanes, soit 1/5e environ.

Toutes ces observations ont été prises consciencieusement ; le diagnostic n'en est pas douteux et repose non seulement sur l'examen des faits, mais encore s'appuie sur des certificats médicaux autorisés. Et la coexistence du délire des grandeurs y a été surtout l'objet de nos soins.

Nous nous contenterons, pour ne pas abuser de vos instants, d'en résumer ici, brièvement, trois.

Chez ces trois persécutés, non seulement on constate la présence de la mégalomanie, mais on la voit évoluer avec quelques caractères spéciaux sur lesquels nous reviendrons, et qui feront l'objet de nos deux dernières conclusions.

Les autres observations seront publiées, *in extenso*, dans un travail ultérieur sur la matière.

Observation I (très résumée). — Femme V..., trente-neuf ans, entrée à la clinique le 12 mai 1886.

C'est une malade que nous avons pu étudier depuis très longtemps, et dont nous avons pu suivre le délire.

Longtemps avant son entrée elle était persécutée : On la suivait dans les rues, on lui volait ses pensées, on l'insultait, on la magnétisait avec de la physique...

Depuis sa séquestration son délire de persécution n'a fait que s'accroître. Des *hallucinations de l'ouïe* l'obsèdent conti-

©BIUM

nuellement; elle est constamment appelée v...., p....., des épithètes des plus grossières. Hallucinations de la sensibilité générale.

Or, depuis quelque temps, nous avons assisté chez elle à une transformation de son délire; elle est maintenant franchement *mégalomane*. Peu à peu le *délire des grandeurs* a évolué chez elle.

Elle possède actuellement le royaume de France, et si même on la pousse un peu de son côté, elle arrive vite à vous déclarer qu'elle possédera un jour l'univers entier.

Point important, ce délire des grandeurs n'a nullement arrêté l'évolution du délire des persécutions, qui domine encore la situation, et même à un degré tel que c'est une des malades les plus dangereuses du service. Elle continue à systématiser son délire contre le médecin traitant, qui est plus que jamais l'objectif de ses persécutions.

Obs. II (très résumée). — God... entré le 14 août 1885, quarante-cinq ans.

C'est un malade bien connu des habitués de la clinique, et qui se trouve dans nos salles depuis quatre années. On le connaît sous le nom de l'*homme aux bleuets*.

G... est un persécuté que l'on montre comme un type de l'évolution du *délire des persécutions*.

Depuis dix ans il présente des interprétations délirantes.

Mais God... n'est entré dans la phase de persécution que depuis son entrée à la clinique, c'est-à-dire depuis quatre ans. Il présente du reste, à ce point de vue, les symptômes classiques de la maladie de Lasègue : hallucinations de l'ouïe, du goût, de l'odorat, de la sensibilité générale. Néologismes, hallucinations psychiques, idées de persécution systématisées, réticences, tout y est. La *réticence* était poussée, chez lui, à un tel degré, qu'au début de sa séquestration, croyant à une erreur de diagnostic, on était sur le point de signer sa sortie, lorsqu'on mit la main sur des lettres qui ne laissaient plus aucun doute sur leur signification : il s'y plaignait, au procureur, des *bleuets* qu'on lui mettait sous la peau pour le martyriser. Par *un fil de la pensée*, il est, de plus, continuellement en rapport avec des persécuteurs qu'il désigne clairement. Echo de la pensée, etc.

Le diagnostic n'est pas douteux.

Or, ici comme précédemment, nous avons pu suivre l'éclosion, la marche et les caractères d'un nouveau délire. L'an dernier, il a commencé à présenter du délire ambitieux. Depuis l'an dernier, *il est le sauveur de Charleville et Mézières*. Et, actuellement encore, comme on peut le constater, il est

©BIUM

toujours le défenseur de Charleville et Mézières, mais il est toujours aussi un persécuté et un persécuté très halluciné.

Obs. III (très résumée). — Femme Thom., entrée le 7 juillet 1886.

Père aliéné. — Atteinte de surdité.

La phase d'incubation a été plus longue encore chez cette malade que chez les deux persécutés précédents. Car, depuis vingt ans, au dire de son frère, elle avait la manie du soupçon, croyait constamment qu'on parlait d'elle, qu'on lui en voulait.

Depuis trois ans, enfin, elle a franchi les frontières; depuis trois ans, elle a *des voix* qui ne lui laissent aucun répit et lui adressent des sottises. De plus, troubles de la sensibilité générale. Mais, les persécutions qu'on lui inflige roulaient presque toujours dans le même cercle : ce sont des calomnies qu'on lui adresse, et qu'elle entend non seulement contre elle, mais contre sa famille.

Nous touchons, chez elle, au point le plus intéressant, pour nous, de son histoire. On répand, contre sa famille, les imputations les plus graves et les plus calomnieuses... et cependant, ajoute-t-elle, *ma famille est la première famille de France.*

Depuis cette époque, entrée dans la *mégalomanie*, elle n'a fait *que s'y cantonner* et répète, à chaque instant, qu'il faut la respecter, car elle est d'une grande famille et d'une noble origine.

Notons aussi que les idées de persécution sont aussi arrêtées et vivaces que par le passé.

Nous arrivons donc à cette conclusion, nous aussi, qu'on ne peut nier et que notre statistique affirme de nouveau d'une façon incontestable : la présence du délire des grandeurs à un moment donné de l'évolution du délire des persécutions, est une réalité clinique.

II. — Mais (et c'est à ce propos que sont nées presque toutes les discussions et toutes les divergences d'opinion, à propos du délire des persécutions) il y a, comme nous venons de le dire, des réserves, des restrictions même, à faire au sujet de la nature de cette complication, la mégalomanie.

a. — Cette complication revêt-elle la forme de transformation syllogistique? Autrement dit, le persécuté, par une suite de déductions logiques, arrive-t-il à une phase bien nette de mégalomanie, qui remplace le délire des persécutions et se substitue à lui? — C'est l'opinion défendue par Foville (1869), Legrand du Saulle.

©BIUM

Au sein de cette Société, M. Magnan qui propose le nom de délire chronique, et M. Garnier, celui de psychose progressive qui définit mieux l'évolution, défendent cette manière de voir. M. Garnier adopte, avec M. Foville, «.... le travail mental spécial, le *pro-*
« *cédé syllogistique*... en vertu duquel les conceptions
« ambitieuses viennent se greffer sur le délire des
« persécutions... »

On peut, du reste, résumer l'opinion de cet aliéniste distingué en disant que la transformation en phase ambitieuse est complète et que le délire des grandeurs se substitue au délire des persécutions et l'efface.

Pendant un certain temps, les deux ordres d'idées coexisteraient bien, mais, peu à peu, les idées de persécution s'effaceraient complètement...., la tendance qui s'affirme de plus en plus, est dans le sens des conceptions orgueilleuses, car ce ne sont évidemment pas les plaintes et les récriminations du mégalomane qui peuvent être considérées comme un délire des persécutions proprement dit... (1).

b. — Pour d'autres aliénistes, au contraire, l'apparition, incontestable du reste, d'idées de grandeur, d'un délire ambitieux chez un persécuté, ne peut pas se faire d'après un processus syllogistique, ne peut pas suivre une marche raisonnée.

De plus, pour ces mêmes auteurs, par une conséquence forcée, la mégalomanie ne forme pas une phase spéciale qui efface la phase antécédente.

Dans cette assemblée, M. Falret s'est fait le défenseur autorisé de cette manière de voir :

« C'est alors, a dit ce maître, dans une séance pré-
« cédente (2), c'est alors un simple délire *surajouté* qui
« ne fait disparaître ni les idées de persécution ancien-
« nes, ni les hallucinations de l'ouïe et de la sensi-
« bilité générale.

---

(1) Garnier. Société médico-psychologique. Séance du 25 octobre 1886 et séance du 31 janvier 1887 (In *Annales médico-psychologiques*, nos de janvier 1887, pag. 129 et de mai 1887, pag. 427 et in *Thèse de Paris*, 1877); voir aussi les communications récentes de MM. Magnan, Briand, Saury.

(2) Falret, Société médico-psychologique. Séance de novembre 1886. (In *Annales médico-psychologiques*, n° 2, mars.)

©BIUM

« Le tableau se complète par l'addition d'un nou-
« veau délire qui donne un aspect extérieur différent à
« la maladie, mais le fond reste le même et se perpétue
« ainsi pendant de longues années, malgré l'apparition
« du délire des grandeurs. »

J'ai tenu à donner ces extraits parce qu'ils montrent bien l'état de la question pour les partisans et les adversaires de ce petit point de doctrine.

A ce sujet, et nous demandons pardon à M. Garnier de nous séparer de lui sur ce détail, nous avons, à notre tour, consulté longuement nos observations. Or, sans être très affirmatif et très catégorique sur un point d'une interprétation aussi difficile, nous inclinons à penser que le délire ambitieux chez le persécuté n'est pas dû à une transformation syllogistique à proprement parler.

C'est ce qui semble ressortir, du moins, de l'examen attentif de nos malades. Cette hypothèse du syllogisme chez les aliénés séduit l'esprit ; mais on ne doit pas oublier que, aliénation et raisonnement, que aliénation et déductions syllogistiques, sont deux termes presque inconciliables.

Et si l'on veut absolument expliquer la source de la mégalomanie des persécutés, on peut parfaitement la mettre, avec M. Cotard, sur le compte des troubles sensoriels éprouvés, à un si haut degré, par cette catégorie de malades.

c. — D'autre part, *pour les mêmes raisons*, lorsque les persécutés tombent dans la mégalomanie, il y a toujours, chez eux, un reliquat de leurs anciennes idées de persécution. Et, parce qu'ils deviennent mégalomanes, ils ne cessent pas, pour cela, d'être persécutés. Car, toujours en proie aux mêmes hallucinations de l'ouïe, ces hallucinations provoquant des *idées de grandeur*, ne cesseront pas, pour cela, bien entendu, de donner naissance à des *idées de persécution*.

C'est ainsi que chez notre second malade ce fait paraît évident, chez l'*homme aux bleuets* (Obs. II). Depuis deux ans, il est franchement mégalomane; depuis deux ans, il ne cesse de répéter, sur tous les tons, qu'il est l'*illustre sauveur de Charleville et Mézières*. Mais ces idées de grandeur n'ont pas coupé court aux idées de

©BIUM

persécution; il est plus halluciné et *partant plus persécuté que jamais*. Ces jours derniers encore, sous une forme très convaincante, il nous faisait part de ses souffrances et de ses idées ambitieuses : « Peut-on, « nous disait-il, torturer de la sorte le sauveur de deux « villes, le sauveur de la France ? »

Chez nos autres persécutés nous pourrions, je crois, montrer bien souvent, d'une part, la complication, *non raisonnée*, de la maladie par la mégalomanie et, d'autre part, la présence *simultanée*, même après de longues années, du délire de grandeur et des idées de persécution.

Voilà pour le premier point qui divise les aliénistes au sujet de la nature, des caractères de la mégalomanie des persécutés.

III. — Mais la question de cette mégalomanie, divise encore les différents orateurs qui ont pris la parole, sur un point : la *fréquence de cette complication*.

C'est là le grand point litigieux. On peut même dire le seul vraiment litigieux, comme nous allons le voir, dans l'histoire du délire des persécutions.

Cette complication est-elle *constante, fatale*, ou bien, simplement, fréquente?

A ce point de vue, on peut, je crois, ranger les opinions exprimées par les auteurs et formulées à cette tribune, en deux groupes, sans compter les aliénistes autorisés qui la rejettent complètement, en tant que réalité clinique :

A. — 1er GROUPE. Dans le premier groupe rentreraient les auteurs pour qui cette complication n'est qu'une question de plus ou de moins. Pour les uns, en minorité, elle serait peu fréquente. Pour les autres, elle serait fréquente (Foville, 10 cas sur une série ; M. Falret, 1/3 des cas). Notre statistique nous rangerait dans ce groupe avec un cinquième des cas.

B. — 2e GROUPE. Pour les aliénistes du second groupe cette transformation, à un moment donné de l'évolution de la maladie, serait *constante*, fatale, serait nécessaire.

Pour les partisans de cette opinion, qui, précisément en raison de ce caractère tranché, ont changé l'ancien nom pour la dénomination de délire chronique, pour

©BIUM

les partisans du délire chronique, dis-je, cette évolution en quatre périodes, dont la mégalomanie, est nécessaire.

Si cette évolution n'a pas lieu, si cette transformation n'arrive pas, ce n'est pas un vrai délire des persécutions. C'est autre chose : souvent des héréditaires, quelquefois des alcooliques, etc.

Disons incidemment, qu'à ce propos, on a récemment reproché à Lasègue d'avoir rangé parmi les vrais persécutés des persécutés débiles, alcooliques.

Dans sa première monographie peut-être, mais l'œuvre de Lasègue ne se compose pas d'un article de 30 pages. *Et, à ce point de vue particulier, je ne connais pas, au contraire, d'aliéniste qui ait, mieux que Lasègue*, insisté sur le diagnostic différentiel du persécuté vrai et du persécuté alcoolique. Tout le monde connaît sa comparaison du *condamné* et du *prévenu*, qu'il a formulée à ce propos (1).

Quoi qu'il en soit, tous les persécutés qui ne présenteraient pas, à un moment donné de leur vie pathologique, une phase ambitieuse, seraient, sinon des héréditaires, des alcooliques, du moins ne seraient pas des délirants chroniques, des persécutés vrais. En d'autres termes, comme nous le disions, la transformation en phase ambitieuse serait constante, nécessaire, fatale.

On le voit, la scission est complète entre ces deux groupes, en apparence du moins.

Il faudrait, pour affirmer ici une opinion, avoir observé un grand nombre de malades. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que dans notre statistique, qui ne repose que sur quelques cas (54), tous les malades ont été vus par nous ; or quelques-uns sont persécutés depuis un quart de siècle ; trois surtout :

Une femme de soixante-dix ans, un homme de cinquante ans, un homme de cinquante-cinq ans, qui sont persécutés depuis plus de vingt-cinq ans, n'ont jamais présenté de délire ambitieux.

Et, cependant, nous pouvons affirmer qu'il n'y a pas ici d'erreur de diagnostic. La maladie est affirmée par de nombreux certificats médico-légaux.

Voilà l'état de la question, je n'ajouterai plus qu'un

(1) Lasègue. *Et. méd.*

©BIUM

mot. Je ne saurai prendre parti carrément dans une question de doctrine de cette importance, il faudrait apporter une statistique plus nombreuse que celle que nous possédons.

IV. — Mais, comme je le disais en commençant, en suivant attentivement la discussion, il m'a semblé que toutes les opinions, divergentes en apparence, pouvaient se concilier. Et, en réalité, plus je suis les discussions, plus je reste convaincu que le *mode de terminaison du délire des persécutions divise seul les aliénistes*.

Pour tous, le délire des persécutions, nous avons longuement insisté sur cet historique, a une évolution progressive.

Pour presque tous, la mégalomanie constitue une partie de cette évolution.

Seulement, pour les uns, il y a simple association, tandis que pour les autres, il y a transformation raisonnée, et phase *isolée* et spéciale de délire ambitieux.

Seulement, pour ceux-ci, cette mégalomanie, quoique fréquente, n'est pas constante; tandis que pour ceux-là, elle forme une phase fatale, nécessaire, ce sont les partisans du délire chronique.

Et c'est là, nous venons de le voir, le grand point de division.

Que les partisans du délire chronique fassent quelques concessions sur ce point litigieux, et tout le monde sera d'accord.

Sans admettre cette transformation dans un tiers des cas, comme M. Falret, ou dans un cinquième, comme nous, qu'ils admettent la *possibilité* de l'évolution du délire sans cette phase ambitieuse, les divisions disparaîtront.

Eh bien! admettons même que cette fatalité, contestée du reste par plusieurs aliénistes, soit prouvée, soit vraie, soit conforme à l'observation clinique,

Est-ce qu'il y a là bien réellement un symptôme d'une valeur suffisante pour changer le nom de délire des persécutions? Est-ce qu'il y a, dans la découverte de ce symptôme bien secondaire, des raisons suffisantes pour justifier une dénomination nouvelle? pour dire qu'il existe une nouvelle maladie, *et que le délire des persécutions de Lasègue est simplement un épisode, une*

©BIUM

période, une phase d'une affection mentale grave autre : le délire chronique? (1).

Je ne le crois pas et je pense qu'il suffit d'avoir indiqué, pour la première fois, les grandes lignes d'une maladie pour en être déclaré l'auteur.

C'est dans ces termes, croyons-nous, qu'il faut comprendre cette question si controversée du délire des persécutions.

Je m'arrête ici. Je n'ai pas eu la pensée d'entrer dans le fond des débats.

Persuadé que les divergences étaient plus apparentes que réelles, notre but a *surtout* été de montrer les liens qui unissaient les partisans et les adversaires du délire chronique.

M. Lwoff. — Nous avons l'honneur d'apporter une observation qui nous a paru intéressante par quelques particularités et par l'évolution de la maladie qui, dans le cas présent, nous semble telle que l'a décrite M. Magnan sous le nom de délire chronique à évolution progressive et systématique.

Observation. — M^me^ B..., femme d'un employé supérieur dans une administration, âgée de cinquante-six ans, entre à l'asile de Villejuif, le 1^er^ octobre 1884, venant de Sainte-Anne.

Antécédents héréditaires : Son père jouissait d'une bonne santé et est mort de vieillesse à l'âge de quatre-vingt-deux ans.

Sa mère, morte à soixante-douze ans, avait le caractère un peu violent et aigri par des revers de fortune. Dans les dernières années de sa vie, elle a présenté un affaiblissement assez prononcé de la mémoire. Chez ses grands-parents, rien de pathologique à signaler.

M^me^ B... a deux sœurs, elles sont bien portantes et ne présentent rien d'anormal au point de vue psychique.

Elle n'a eu qu'un enfant, mort en 1863, à l'âge de cinq ans, à la suite d'une chute dans un escalier. Cette chute avait provoqué une fracture du crâne et entraîné la mort, ce qui a vivement impressionné la malade. Dans les antécédents personnels nous ne trouvons rien à signaler.

Sa santé a toujours été bonne, quoique un peu délicate. Elle n'a fait aucune maladie depuis l'époque de son mariage. La menstruation est régulière.

(1) Manière. *Thèse de Paris*, 1886.

©BIUM

Mme B... s'est mariée à l'âge de vingt-deux ans, en 1854, et, depuis cette époque, nous pouvons suivre sa vie pas à pas, grâce aux renseignements donnés par son mari.

C'était une femme d'un caractère très élevé, un peu austère même. Son instruction étant assez superficielle, elle cherchait à la compléter par la lecture. Elle lisait de préférence les classiques, Racine, Corneille, Fénelon, Molière, Shakespeare. Elle ne se contentait pas de les lire, elle les étudiait.

Sincèrement croyante, elle n'était pas dévote, ne se livrait pas à des pratiques religieuses exagérées et manifestait même un certain mépris pour le clergé.

Dans la vie domestique, elle était femme d'ordre, très affectueuse et aimant beaucoup son mari.

Notons, dès maintenant, que l'affection pour son mari a toujours persisté et a pris un caractère particulier avec le développement de la maladie.

M. B..., appelé pour les besoins de son service hors Paris, s'absentait souvent et sa femme restait seule avec sa petite fille qu'elle aimait à l'adoration. En 1863, la mort tragique de cette dernière l'a vivement impressionnée et elle en a gardé un chagrin le reste de sa vie. Un autre événement qui a laissé des traces dans sa vie psychique, c'est la guerre de 1870-1871, par les souffrances morales et matérielles qu'elle a fait subir à tous les Français, et les Parisiens en particulier. C'est de 1870 que date l'histoire pathologique de Mme B... ; jusqu'à cette époque, malgré la mort de sa fille, on ne s'est aperçu de rien d'anormal.

Le mari, comme nous venons de le dire, s'absentait fréquemment et, dès le début de son mariage, la femme était habituée à ces absences.

Elle entretenait avec lui une correspondance très active et avait pour habitude de rendre compte dans ses lettres de ses idées et impressions jour par jour. Un livre nouveau venait-il à susciter quelques réflexions, elle les communiquait de suite à son mari. Une pensée née dans les moments de solitude, une sensation nouvelle, un souvenir, tout cela était consigné dans ses lettres.

Dans les premières années qui suivirent la guerre, ses lettres commencent à prendre un caractère particulier. Elles étaient toujours empreintes de tristesse et d'inquiétude voilée. Mme B... ne se plaignait pas directement, mais on voyait qu'elle changeait de caractère, qu'elle envisageait le monde surtout par son côté triste. Dans un livre elle trouvait toujours quelque chose qui lui en rendait la lecture pénible et qui la faisait souffrir. Elle rapportait à sa propre personne tous les

©BIUM

passages où on parlait d'espérances déchues, de grands sentiments ruinés par les vicissitudes de la vie. Cela inquiétait fort son mari. La connaissant très sérieuse, très réservée, il s'imaginait qu'elle ne trouvait pas son affection pour lui bien partagée et le lui faisait comprendre indirectement. Il abrégeait autant qu'il pouvait ses absences et restait plus longtemps à la maison. Mais sa femme ne lui a jamais adressé un reproche. Il s'aperçut seulement qu'elle devenait de plus en plus impressionnable et nerveuse. La moindre contrariété l'exaspérait et, dans les discussions, elle manifestait une opiniâtreté qui lui était tout à fait étrangère auparavant.

Elle restait souvent triste et pensive, et se plaignait de temps à autre de palpitations et de maux de tête. Il n'y avait d'ailleurs rien de saillant, rien qui puisse faire soupçonner une maladie sérieuse, et son mari croyait avoir affaire tout simplement à une femme nerveuse, un peu exigeante et mécontente de la vie.

Les inquiétudes, les plaintes dont nous venons de parler, devinrent de plus en plus prononcées et prirent un caractère d'une intensité particulière vers la fin de 1877.

A partir de cette époque, M^me^ B... tout en conservant sa tristesse et ses inquiétudes morales, commence à se plaindre d'insomnies, de migraines, de sensations bizarres dans tout le corps.

Le moindre bruit la fait tressaillir, on est obligé d'envelopper la sonnette d'un morceau d'étoffe. En même temps apparaissent des bourdonnements d'oreille qui deviennent de plus en plus persistants. Le sentiment d'inquiétude va en croissant ; la solitude lui devient insupportable et dans ses lettres elle commence par faire allusion à l'abandon dans lequel on la laisse. Un peu plus tard, elle formule des réclamations plus nettes et, vers 1880, finit par déclarer que cette vie lui est insupportable, qu'elle ne peut plus rester seule, qu'elle est malade et que son mari ne doit pas la laisser dans une aussi triste situation. M. B... se décide au commencement de l'année 1881 à quitter sa place, malgré les quinze mille francs par an qu'il y gagnait, pour venir vivre avec sa femme, dans l'espoir d'apporter une amélioration à sa santé. On consulte les médecins qui déclarent que le système nerveux est un peu dérangé, conseillent des distractions, des bains. Rien n'y fait et les symptômes deviennent de plus en plus inquiétants. Les trois dernières années (1881-1884) que M. B... passa avec sa femme avant son placement à Sainte-Anne, furent pour lui un vrai supplice.

M^me^ B... délaisse complètement les soins du ménage, ne s'occupe plus de son intérieur. Son caractère devient méfiant, soupçonneux. Elle se plaint de manquer d'appétit, elle accuse

©BIUM

des palpitations cardiaques, des fourmillements, passe des nuits entières sans dormir, ferme les portes à double tour et fait descendre son mari plusieurs fois dans la nuit pour s'assurer si les portes sont bien fermées. Elle demeurait au 2e étage. Au rez-de-chaussée se trouvait une boutique avec devanture mobile qu'on relevait le matin et qu'on baissait le soir. Un jour, elle commence à trouver que le bruit produit par la devanture n'est pas naturel, qu'il y a quelque chose là-dessous, et finit par déclarer qu'il y a dans la maison une imprimerie clandestine, où l'on imprime des choses abominables. Elle entend le bruit des machines qui travaillent la nuit.

Un Russe habitait la même maison. Elle commence par trouver ses allures suspectes, dit que son attitude n'est pas naturelle, et, finalement, arrive à dire que c'est un affilié des sociétés secrètes; qu'il a en tête un complot ignoble et que sa manière de la regarder, quand il la rencontre, est tout à fait bizarre. Il a des vues sur elle. Elle ne veut plus passer devant la concierge qui la regarde d'un air de mépris, et elle est trop fière pour faire des bassesses devant une concierge qui s'acharne à la détester et lui en veut à mort.

Un autre locataire, habitant un appartement au-dessus du sien, avait pour habitude d'arpenter sa chambre à grands pas assez tard dans la nuit. Mme B... n'était d'abord nullement incommodée de ce bruit ; mais, un beau jour, elle trouve que cela devient insupportable, que c'est un homme qui veut la taquiner, l'agacer et déclare à son mari qu'il faut à toute force quitter cette maison où tant de monde complote contre elle. M. B... accède à son désir et loue un appartement dans une autre maison. Mais la concierge de cette nouvelle maison la prend en grippe au bout de quelques jours. Elle lui en veut également. Des gens rôdent dans l'escalier et attendent l'heure propice pour dévaliser les appartements.

Elle entend des bruits bizarres dans la cheminée, sous le plancher; on gratte à la porte; la nuit, elle se lève souvent, effrayée, criant : « Au voleur! »

En même temps, parmi les bruits qui l'obsèdent, elle commencent à distinguer des voix qui l'insultent et lui disent des grossièretés. On la traite de misérable, de femme perdue, etc., etc. Un marché se trouvait près de sa demeure. Elle avait pour habitude d'y aller de temps à autre faire ses provisions. Mais, un jour, elle déclare ne plus vouloir y aller. Les marchandes la montrent au doigt et se moquent d'elle. Les passants lui font des grimaces et se moquent de son petit chien qui l'accompagnait d'habitude.

Elle mange peu, ne touche presque pas à la viande qui, dit-elle, est empoisonnée; les autres aliments lui donnent mau-

©BIUM

vais goût à la bouche. Le mari était très inquiet, mais la pensée de la folie ne lui venait pas encore à l'esprit. Cependant, un jour qu'il était à table avec sa femme et son neveu, au milieu du repas, la femme se lève très excitée, toute rouge et, fixant son neveu du regard, lui dit : « Va dire à ton oncle qu'il « est un assassin. C'est lui qui a tué ma petite fille en la pré- « cipitant dans l'escalier. Il était jaloux de moi. Tu peux lui « dire cela de ma part. »

Depuis, elle est revenue plusieurs fois sur ce sujet, affirmant que c'est le beau-frère qui a tué l'enfant.

C'est alors que le mari, voyant tous ces symptômes croître en intensité et trouvant cette idée d'assassinat tout à fait absurde, se décide à la placer à Sainte-Anne, le 30 octobre 1884.

Le certificat de Sainte-Anne porte : Est atteinte de délire de persécutions avec hallucinations. On la surveille depuis dix-huit ans. On a cherché à l'empoisonner, on altère ses aliments, on la rend malade. On parle jour et nuit pour troubler son sommeil. On l'injurie. Troubles de la sensibilité (Bouchereau).

A Sainte-Anne, les idées de persécution continuent. Elle prend en haine d'abord le chef de service qui cherche à l'empoisonner, ensuite la surveillante, etc., etc. Les troubles de la sensibilité augmentent. On l'insulte toujours, on fait des complots contre elle. Ce sont toujours les idées de persécution qui l'obsèdent, avec cette différence qu'elle les adapte plus ou moins au nouveau milieu où elle se trouve. Le médecin, la surveillante, le directeur lui en veulent.

Au bout de cinq à six mois, se trouvant un jour avec son mari au parloir, elle lui dit : « Tu vois cet homme, c'est un « sodomiste, il se moque de moi, mais je n'ai qu'un mot à « dire pour le faire disparaître. »

Depuis ce temps elle commence à parler de sa puissance, et des idées de grandeur s'entremêlent aux idées de persécution ; en petit nombre d'abord ; en quantités de plus en plus grandes plus tard.

Voici un extrait de ses mémoires qu'elle écrit à Sainte-Anne à cette époque :

« Très prochainement, notre Berthe (*sa fille*) chérie que « Bouchereau, Charabia, le voleur de tombes et voleur d'en- « fants ainsi que sa bande secrète qui sont les vieux voleurs « de la malle du Courrier de la fortune volée à nos vertueux « parrains et oncle, chef de la Sainte église catholique, apos- « tolique et romaine, fortune dont les vicieux se sont emparés, « mais que le Dieu du ciel se réserve de faire rendre et de « punir les vicieux comme Charabia, et les vicieux plus ou « moins ressemblants comme Polle, le vicieux médecin alié-

©BIUM

« niste aliénant qui ne s'étant pas contenté de me voler, de « m'insulter, de me calomnier dans ses nuits d'orgies, en venant « me saper par le téléphone, etc., etc...»

On a dit quelquefois que la manière de voir de Foville (disant que la transformation du délire des persécutions en délire se fait par déduction logique) est inexacte.

Je vais citer deux passages, pris dans les mémoires de la malade, qui prouvent que si la logique n'est pas d'une vigueur absolue, au moins elle existe et que l'aliénée est capable de faire le syllogisme en question.

Voici ces passages : « Afin de faire que chacun de vous « connaisse et unisse leurs prières et leur volonté à la nôtre, « sachant que nos voix sont entendues de votre divine Ma- « jesté, grand Dieu tout-puissant, Père, Fils et Saint-Esprit; « nous en avons eu souvent la preuve, il suffit de voir pour « s'en assurer. Il nous a été *très facile de deviner ce motif qui* « a fait *que nous avons été abreuvée d'injures* depuis bien des « années, etc., etc... »

— « Nous n'avons pas oublié les injures indirectes qui nous « ont été faites. Combien de courage, il nous a fallu pour en- « durer toutes les peines qui nous ont été faites. Nous savions « bien qu'elles ne nous venaient que de vilaines créatures, « attendu que le Dieu tout-puissant, Père, Fils et Saint-Esprit, « leur font bien voir leur petitesse en face de ceux qui sont « présents et qui ont tout vu, tout connu jusqu'aux plus se- « crètes pensées de tous... »

Avec le développement des idées de grandeur, marche parallèlement la déchéance des facultés affectives.

Les premiers temps de son séjour à Sainte-Anne, elle réréclame sa liberté, veut retourner chez son mari, lui fait des reproches incessants parce qu'il n'insiste pas auprès de l'administration pour avoir sa sortie. Elle s'intéresse à ses affaires et lui demande toutes sortes de renseignements sur sa vie.

Vers la fin de l'année 1885, elle renouvelle encore ses réclamations, disant à son mari qu'il est assez puissant pour la faire sortir, s'il le voulait. Mais l'année suivante, elle s'intéresse de moins en moins à la vie de M. B... et parle surtout de sa grandeur et de sa puissance.

Voici un échantillon de ses écrits à cette époque : « Nous « sommes par notre vertueux père, M^lle^ A..., ainsi que par « notre vertueuse mère, M^lle^ S..., par notre vertueux époux « nous sommes M^me^ B... S. Aux armes de foi, d'espérance et « de charité, ainsi que par les armes des fleurs des lys, em- « blèmes de la charité qui caractérisent nos aïeux infaillibles, « famille de race, de robe, d'épée et de cape... »

Nous ferons remarquer qu'elle reporte ses idées de grandeur

©BIUM

sur son mari, « notre vertueux mari. » Nous verrons plus tard que cette conception délirante s'accentue de plus en plus chez elle. C'est dans cet état qu'elle arrive, le 22 novembre 1886, à Villejuif, dans le service de notre chef, M. Briand. Grâce aux notes de M. Briand, de MM. Sérieux et Houeix, nos collègues de l'année dernière, nous avons l'histoire de la malade pendant l'année 1887. Après quelques jours d'observation et d'étude, on a pour habitude à Villejuif de chercher à trouver une occupation aux malades. M^me^ B... refusa net de s'occuper à quoi que ce soit. « Le travail manuel n'est pas digne de moi, » répondit-elle avec hauteur. Elle passe ses journées à se promener dans les salles, ne faisant attention à personne. Quand on lui parle, elle ne répond pas du tout ou répond par des injures ; elle prononce assez souvent le mot de Cambronne quand on insiste. Elle a cependant de rares moments où elle daigne s'entretenir avec nous. Alors, c'est une suite d'idées de grandeur entremêlées de récriminations contre les vicieux, les méchants et les démons.

Elle est de race royale, nièce et filleule du pape. Déjà à Sainte-Anne, le Rédempteur lui a apparu une nuit et lui a annoncé la fin prochaine du monde. C'est alors que les vicieux seront punis. Elle a ressuscité plusieurs fois.

Son délire roule sur le même sujet toute l'année et, pour éviter les répétitions, nous allons condenser sa description en rapportant à l'état actuel différentes particularités.

Nous l'avons observée depuis le 1^er^ janvier 1888. Elle fut atteinte au mois de février d'un érysipèle. Actuellement, elle est en convalescence d'un ictère catarrhal, et ces deux maladies n'ont eu aucune influence sur son délire. (Notons en passant que nous avons observé cette année, avec M. Briand, une vingtaine de malades atteintes d'érysipèle et que le délire, quel qu'il fût, n'a jamais changé ni de caractère, ni d'intensité sous l'influence de l'érysipèle.)

Elle est en pleine période des idées de grandeur. Son nom est inscrit au frontispice de l'asile qui lui appartient.

Seulement, il ne faut pas lui demander d'or, car elle le méprise. Son nom est également inscrit dans la Bible depuis 7,000 ans ; elle est de race triplement royale, filleule et nièce du pape.

Voici un passage de ses écrits à ce propos : « Nous avons « un tableau, appelé letableau miraculeux, descendu du Para- « dis du ciel à notre naissance dans la cathédrale église de « notre ville natale parce que nous sommes qui nous sommes. « (Notre vie y est marquée). » Plus loin : « Venue au monde « dans la même demeure que la sainte Vierge immaculée, etc... »

A chaque page, on trouve des phrases comme celles-ci que

©BIUM

je cite au hasard : « Nous, dame prédestinée, nos nobles aïeux, « nos chastes et infaillibles oncles, les souverains Pontifes. Le « Rédempteur nous a paru ; nous connaissons la volonté de « Dieu..., etc... »

Deux particularités sont intéressantes à noter chez elle. Elle s'imagine qu'elle peut écraser tous ses ennemis et même les avaler. Elle fait un mouvement particulier des mâchoires, rappelant assez bien celui d'un chien qui happe. Au premier abord, on pourrait croire que c'est sous l'influence des hallucinations de la vue qu'elle l'écrase; mais, en l'examinant de près, on voit que c'est l'idée de sa puissance qui la fait agir chaque fois qu'elle pense à ses ennemis. Ainsi, quand on lui dit brusquement : « Voilà encore un ennemi, » elle exécute son mouvement de mâchoires sans regarder. Son mari nous a raconté également qu'au parloir, quand elle voit une personne qui lui est antipathique, elle exécute le même mouvement et croit que cette personne est absolument écrasée. C'est une sorte de réflexe psychique chez elle. Le point de départ est la vue d'une personne qui lui déplaît et plus souvent simplement l'idée d'un ennemi. Cette idée réveille celle de sa puissance et provoque ce mouvement.

A ce propos, nous nous permettrons une réflexion qui ne se rapporte pas directement au sujet : Il nous semble que cet acte peut servir de démonstration pour aider à comprendre comment un individu accepte une idée erronée qui ne correspond nullement à la réalité. Voici un acte sans aucune portée ; pourtant, dans la conviction du malade, il en a une énorme. N'est-ce pas la même chose pour une idée fausse qui, dans la conviction du malade, est parfaitement vraie? Dans les deux cas, c'est le jugement qui manque, et l'acte psychique, comme l'acte physique, paraît au malade conforme à la réalité.

Son délire a encore de particulier qu'elle reporte, comme nous l'avons déjà dit, ses idées de grandeur sur son mari. Elle le croit puissant par alliance avec elle et par sa naissance (1).

« Monsieur notre vertueux époux descend par ses aïeux et « ses père et mère des souverains Pontifes Clément, etc..., et « notre époux noble par alliance avec nous... »

Depuis quelque temps on peut s'apercevoir qu'il y a incohérence dans les idées. Elle commence une phrase, s'arrête au milieu et en reprend une autre. Elle s'occupe à dessiner des

(1) Il y a une analogie entre ce fait et celui d'exagérer l'importance des persécuteurs à mesure que les idées de grandeur prennent plus d'extension. Notre chef, M. Briand, a attiré plusieurs fois notre attention sur des malades de son service qui présentent cette particularité.

©BIUM

bons hommes d'une façon tout à fait primitive et s'imagine faire de beaux dessins. Cette femme, autrefois très intelligente, dit souvent des niaiseries à propos des choses de la vie courante et s'amuse parfois comme un enfant avec un bout de dentelle. En un mot, ses idées commencent à porter un cachet démentiel et nous assistons au début de la ruine lente des restes de sa raison.

En résumant cette observation, nous trouvons :

Absence à peu près complète d'hérédité pathologique dans les lignes ascendante et descendante.

Dans les antécédents personnels nous ne trouvons que deux événements, qu'on pourrait, à la rigueur, invoquer comme cause morale : la mort tragique de la petite fille de la malade et les événements de 1870.

La maladie débute en 1870 et présente une première période d'incubation avec inquiétude et anxiété morales intérieures qui s'accentuent de plus en plus et qui, vers 1878, deviennent très intenses et commencent à se compliquer de troubles de sensibilité, de sensations anormales, d'idées de persécutions.

En 1884, nous trouvons ce deuxième stade en pleine puissance, et le délire de persécutions constitué de toutes pièces. Quelques mois plus tard, nous assistons à l'évolution des idées de grandeur qui naissent de ce délire de persécutions.

C'est le début de la troisième période.

Ces idées de grandeurs font irruption dans le cerveau de la malade, gagnent de plus en plus du terrain et finissent par effacer en grande partie les idées de persécution. C'est le délire ambitieux qui prédomine.

Enfin, actuellement, des signes non équivoques de démence prochaine commencent à se manifester avec une évidence de plus en plus grande.

Il nous semble que le cas que nous venons de décrire répond en tous points au groupe morbide que M. Magnan désigne sous le nom de « *délire chronique à évolution progressive* » et en présente un cas type.

M. Falret. — Le délire des grandeurs survient, dans le délire de persécution, par trois procédés différents, sur lesquels il convient d'attirer l'attention des observateurs.

Dans les cas les plus fréquents, il se produit par un

©BIUM

mécanisme très bien décrit par le Dr Foville, c'est-à-dire par le procédé logique. Les malades qui, pendant très longtemps, se sont crus en butte aux persécutions les plus variées, en viennent peu à peu à se considérer comme le centre de l'univers. Ils se demandent alors s'il n'existerait pas un motif caché pour expliquer comment ils sont ainsi devenus l'objet de l'attention générale, s'ils n'auraient pas été changés en nourrice, s'ils n'auraient pas une naissance illustre, et ils arrivent ainsi à se persuader qu'ils appartiennent réellement à une grande famille, ou qu'ils sont un personnage historique, dont ils prennent désormais le nom.

Mais il est encore deux autres modes de production du délire des grandeurs dans le délire de persécution qui sont moins connus et qui méritent d'être signalés. Dans quelques cas, en effet, le délire des grandeurs semble surgir comme tout à coup, par une sorte de génération spontanée, dans l'esprit de certains aliénés persécutés.

De même que, dans la folie circulaire, quelques malades s'endorment mélancoliques et se réveillent maniaques, de même, chez certains persécutés, le délire des grandeurs, qui n'existait pas la veille, peut se produire, du jour au lendemain, dans l'espace d'une nuit, et, à partir de ce moment, s'établir définitivement dans l'esprit du malade.

Enfin, il est des cas dans lesquels c'est par la voie de l'hallucination de l'ouïe que le délire d'orgueil s'introduit dans la tête des persécutés. Les malades s'entendent plusieurs fois appeler du nom d'un personnage historique, et ce sont ainsi les voix qu'ils entendent qui leur apprennent qu'ils appartiennent réellement à telle grande famille, ou qu'ils ont une personnalité illustre, dont ils avaient jusque-là ignoré l'existence. — Un autre fait clinique important mérite encore d'être signalé dans l'étude du délire des grandeurs chez les aliénés persécutés. C'est la dissimulation fréquente de ce délire par les malades. — Il m'est arrivé souvent, en effet, de méconnaître, pendant très longtemps, l'existence du délire d'orgueil chez les persécutés chroniques, même chez ceux avec lesquels j'ai vécu intimement pendant plusieurs années, et ce n'est que très tardivement que j'ai pu arriver à constater ce délire des grandeurs, qui

©BIUM

existait depuis très longtemps chez eux à l'état latent. — Chose remarquable, les persécutés chroniques, qui, surtout pendant les paroxysmes, n'hésitent pas à divulguer à tout venant les persécutions dont ils se croient l'objet, et qui reviennent même avec complaisance sur les divers détails de ce délire prédominant, semblent au contraire rougir, ou avoir honte de leurs idées de grandeur auxquelles ils croient néanmoins très fermement et ils les cachent fréquemment, pendant très longtemps, à tous ceux qui cherchent à pénétrer le fond de leur pensée à cet égard.

Il faut une circonstance accidentelle ou un heureux hasard, pour que le médecin arrive à en découvrir chez eux l'existence. — Ce fait clinique est important à signaler pour arriver à établir avec vérité la fréquence du délire des grandeurs chez les persécutés chroniques. Pour indiquer ce degré de fréquence, d'une manière approximative et, en dehors de toute statistique rigoureuse, j'ai admis qu'il pouvait survenir dans un tiers des cas environ de délire de persécution chronique. Mais s'il existe réellement souvent, à l'état latent, ou à l'état de dissimulation chez les malades, ce fait pourrait modifier profondément la proportion admise *a priori*, et contribuer ainsi à démontrer qu'il peut-être plus fréquent qu'on ne l'a cru jusqu'ici et qu'il a pu être souvent méconnu par les observateurs même les plus attentifs.

M. Paul Garnier. — Les remarques que M. Falret vient de faire concernant les différents modes de formation et de production des idées de grandeur dans le délire des persécutions, sont des plus justes. Pour ma part, je suis d'autant plus disposé à y souscrire que je me suis appliqué également à distinguer les divers procédés suivant lesquels le persécuté devient mégalomane.

Après M. Foville, j'ai insisté sur le mécanisme psychologique, c'est-à-dire sur l'opération cérébrale déductive, qui, de l'importance de la persécution, conclut à l'importance du persécuté et aboutit ainsi à la transformation de la personnalité.

Dans le travail (1) auquel je fais ici allusion, j'ai

(1) Paul Garnier. *Des idées de grandeur dans le délire des persécutions*. Paris, 1877.

©BIUM

indiqué que d'autres éléments pouvaient, toutefois, intervenir dans la genèse de ces conceptions orgueilleuses. Il fallait tenir compte, disais-je, des cas dans lesquels une illusion ou une hallucination de l'ouïe paraissait être le point de départ du nouveau délire venant se greffer sur le premier, non pour s'y substituer d'emblée, comme on me l'a fait dire, à tort, mais pour se superposer à lui, par l'effet d'une systématisation ultime, résultat d'un syllogisme dont les prémisses tendront à se perdre, avec le temps, dans un lointain plus ou moins obscur, tandis que la conclusion est désormais le fait qui se place en pleine lumière. J'ai parlé d'une période de transition caractérisée par la coexistence des deux ordres d'idées délirantes, en ajoutant que les conceptions ambitieuses allaient s'imposant de plus en plus à l'esprit du malade, reléguant bientôt au second plan les idées anciennes de persécution, les effaçant plus ou moins pour devenir véritablement, en fin de compte, le trait saillant de la vésanie chronique et marquer le troisième stade de son évolution.

Mais, tout en signalant le rôle possible du phénomène hallucinatoire dans le développement du délire mégalomaniaque, j'ai cru devoir faire remarquer que, alors même qu'il s'agit d'une hallucination auditive précise, considérée comme génératrice de ce délire, il y a lieu de supposer que cette hallucination est plus un effet qu'une cause et qu'elle-même a été sollicitée, provoquée par le travail syllogistique sous-jacent ayant progressivement préparé le malade à une interprétation vers laquelle tout son être moral, aussi bien que ses sens, est fatalement tendu. Et quand je dis que tout son être moral va naturellement au-devant de cette déduction vaniteuse, je fais, à dessein, une place importante, dans ce processus d'idées, à cet égoïsme si spécial et si énorme qui l'amène par une pente presque fatale vers l'amplification du moi.

Je crois donc qu'il convient de limiter ainsi le rôle du phénomène hallucinatoire ou de l'illusion dans la question qui nous occupe. On a dit au cours de la discussion sur le *délire chronique* — et si j'ai bonne mémoire, c'est surtout M. Christian qui s'est fait le

©BIUM

défenseur de cette opinion — que l'apparition des idées de grandeur dans le délire des persécutions, loin d'être le fait d'une déduction logique, survient, au contraire, à l'occasion d'un fait extérieur, d'un rêve, d'une réminiscence, enfin d'un accident tout à fait fortuit. Et, comme preuve à l'appui, notre distingué collègue citait l'exemple de ce persécuté qui déclare tout à coup qu'il est le gendre du président de la République, et cela simplement parce qu'il venait de lire dans un journal l'annonce du mariage de M^lle^ Grévy.

J'avoue, Messieurs, que je m'écarte absolument de cette manière d'interpréter le phénomène. Je ne puis admettre qu'un fait aussi considérable que cette nouvelle orientation d'un délire à marche lente, coordonnée et méthodique, se produise au gré de circonstances purement contingentes, au hasard du fait objectif, alors que c'est le subjectif qui est l'élément fondamental et donne à l'autre son reflet et sa couleur. Non, ce ne peut pas être une simple aventure toute banale et accessoire que cette transformation d'un délire dépressif en délire expansif.

Ce qui semble plus conforme à la rigoureuse interprétation des faits, c'est que ce cerveau, hanté jusque-là par des idées pénibles, en proie à tous les tourments de la crainte, s'est fait peu à peu, sous l'action du temps, comme une habitude de ses souffrances, habitude qui en émousse insensiblement l'acuité et chemine lentement vers une direction donnée où l'entraînent, à la fois, son égoïsme morbide déjà mélangé d'orgueil et la poussée des interprétations déductives, c'est que ce cerveau, dis-je, en arrive un jour à ce point où il est mûr pour l'éclosion du délire des grandeurs. Celui-ci est déjà tout préparé, tout formé, quand le fait extérieur dont on parle vient d'occasion à sa rencontre et le sollicite à se produire ; mais ce fait extérieur n'engendre pas le délire ambitieux ; quand il intervient, il ne fait que lui fournir une formule.

Ce que disait tout à l'heure M. Falret, à propos des réelles difficultés qu'éprouve souvent le médecin à pénétrer dans la confidence des idées orgueilleuses de son malade, vient complètement à l'appui de l'opinion que je soutiens. C'est un fait d'observation que beaucoup de

©BIUM

persécutés, parvenus au seuil du délire ambitieux, se défient d'eux-mêmes, hésitent, avancent et reculent tour à tour dans cette voie nouvelle, se tiennent sur une prudente réserve et gardent assez longtemps pour eux-mêmes les idées qui occupent leur pensée. On les devine, plutôt qu'on ne les constate d'une façon précise, à quelques timides allusions, à quelques mots aussitôt retractés qu'émis. Il y a là comme une *période* de *latence* qui peut se prolonger assez longtemps. Comme le dit fort bien M. Falret, il faut un médecin attentif à recueillir ces premières manifestations très indécises, habile à donner à ses questions des directions variées pour surprendre ce délire. Bien des mégalomanes peuvent rester ainsi méconnus, cela est incontestable, et le fait doit être pris en considération dans la discussion présente.

M. Briand rappelle en quelques mots l'histoire d'un persécuté qui s'est subitement entendu appeler empereur dans la rue et a cru depuis qu'il l'était réellement.

M. Cotard. — Ce qui semblerait indiquer que l'hallucination n'est pas toujours secondaire aux idées délirantes de grandeur, mais bien plutôt primitive, c'est que certains persécutés se révoltent au début contre de telles hallucinations et, peu mûrs pour la mégalomanie, luttent contre leur influence, pour finir plus tard par s'y soumettre. Il est certain que s'ils y étaient primitivement préparés, ils les accepteraient sans lutte, ni révolte.

La séance est levée à six heures.

Charpentier.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX AMÉRICAINS

The Alienist and Neurologist.

Année 1883 (suite et fin).

NUMÉRO D'AVRIL.

I. — *Nouvelles expériences sur la lecture de la pensée par la perception des mouvements musculaires (muscle reading)*; par le Dr George M. Beard, de New-York.

Après avoir rappelé les expériences qu'il a exposées en 1877 dans *The popular science Monthly*, et à la suite desquelles il concluait à la possibilité de découvrir la direction de la pensée d'un sujet en étudiant chez lui les mouvements musculaires, le Dr Beard rapporte de nouvelles expériences dans lesquelles, pour percevoir les moindres mouvements des muscles, il s'est servi de deux dés métalliques, qu'opérateur et sujet se mettent chacun au doigt et qui sont reliés par une tige de fer légère, de telle sorte que les moindres mouvements du sujet soient instantanément communiqués à l'opérateur.

Il ressort de ces expériences que l'esprit et le corps ne font qu'un tout inséparable, que lorsque nous pensons, nous faisons instinctivement un mouvement correspondant à l'idée émise, que le corps véritablement pense avec l'esprit, non pas au même degré chez tous les individus, mais d'une manière généralement appréciable dans la majorité des hommes civilisés. L'habitude rend ce phénomène plus évident.

Ce sont ces faits qui expliquent la cause de la guérison des maladies par la seule influence morale, ils expliquent ainsi les succès des charlatans de toutes les époques.

A propos de cette question, le Dr Beard signale un fait digne de remarque et qu'il est bon de retenir, c'est que le climat de l'Amérique est particulièrement favorable à ces sortes d'expériences. On doit l'attribuer, dit-il, à la sécheresse spéciale de

©BIUM

ce climat, qui rend le système nerveux plus sensible et forme ainsi, soit de bons sujets, soit de bons opérateurs.

II. — *Des droits des aliénés;* par le Dr C.-H. Hughes, de Saint-Louis.

Au temps où nous vivons, il n'est pas de question qui sollicite le plus l'attention des gouvernements que celle d'assurer à chacun la plénitude des droits qui lui sont dus. Si chaque citoyen en général doit compter sur la sollicitude de l'Etat pour augmenter son bien-être, à plus forte raison celle-ci doit-elle être assurée aux malheureux que l'aliénation mentale a rendus infirmes et impuissants contre les vicissitudes de la vie. Lorsque dans la lutte pour l'existence, un individu tombe frappé par le malheur dans son plus précieux attribut, celui de la raison, la société lui doit secours et assistance, comme au soldat blessé en défendant son drapeau. Les droits des aliénés se confondent donc avec les devoirs que la société doit remplir à leur égard. Le Dr Hughes énumère les principaux de ces droits, en les faisant suivre des considérations propres à indiquer les moyens d'en assurer aux aliénés le libre exercice.

Pour eux, il s'agit moins d'être assurés d'un plus grand bien-être ou d'un plus grand bonheur, que d'être préservés des conséquences si souvent désastreuses de leur maladie. Leurs droits peuvent se résumer en un seul qui consiste à exiger qu'il soit fait à leur égard ce qu'ils voudraient faire eux-mêmes, s'ils étaient sains d'esprit, pour le plus cher de leurs parents. C'est ainsi qu'il leur est dû une assistance prompte et des soins éclairés pour faciliter leur guérison; une protection vigilante, dans quelque condition qu'ils se trouvent, dans leurs familles dans les asiles ou devant les tribunaux. Dans toutes ces circonstances, l'Etat doit leur procurer le secours de commissions médicales compétentes, et, pour les obtenir, il doit vulgariser l'étude de la psychiatrie en multipliant dans les écoles des chaires spécialement affectées à cet enseignement.

L'auteur examine aussi la question du mariage des aliénés et montre que ce ne serait pas porter atteinte à leurs droits que de faire une loi qui ne leur permît le mariage que dans l'âge stérile. S'ils étaient sains d'esprit, ils ne voudraient certainement pas d'une progéniture entachée d'un pareil vice héréditaire; d'autre part, de semblables mariages peuvent déterminer une détérioration de la race, dont la société a le devoir et le droit de se préserver.

©BIUM

III. — *Influence de l'âge sur l'esprit et le corps en rapport avec le développement des affections mentales;* par le Dr William A. Hammond.

Ce mémoire est un chapitre du traité sur la folie que le Dr Hammond vient de faire paraître.

Il divise la vie humaine en trois périodes :

La première ou période de croissance s'étend de la naissance à l'âge de vingt-cinq ans. Elle est marquée physiologiquement par un apport plus considérable de matériaux nutritifs, comparé à la quantité produite de matériaux de désassimilation, d'où il résulte un accroissement général de l'organisme, dans lequel le système nerveux joue un grand rôle.

Dans la deuxième période ou période de maturité, de vingt-cinq à trente-cinq ans, il semble exister un certain équilibre entre les apports et les dépenses.

Enfin, dans la troisième période ou période de déclin, les tissus et les organes subissent une déchéance due à la prédominance des agents de dénutrition.

Les affections mentales trouvent un terrain particulièrement favorable dans la première et la troisième période en rapport avec le travail physiologique qui les caractérise. L'enfance n'est pas exempte de cette fâcheuse prédisposition, l'auteur cite de nombreux cas d'aliénation mentale chez des enfants au-dessous de dix ans.

La vieillesse, avec sa tendance à la décrépitude, offre aussi de nombreuses causes de troubles pour le système nerveux.

IV. — *Des progrès de la psychiatrie et de la neurologie;* par le Dr P. R. Tombs, de Pueblo.

C'est un fait aujourd'hui bien établi que le système nerveux joue un grand rôle dans tous les processus morbides. Un coup d'œil rapide sur ce qui a été fait en pathologie et en thérapeutique nerveuse, montre facilement que de grands progrès ont été réalisés dans cette branche de la médecine et que de nombreuses connaissances nouvelles sont venues s'ajouter à l'héritage scientifique de nos ancêtres. Telles sont les relations qui existent entre certains troubles cardiaques et des lésions de la chaîne ganglionnaire ; telles sont aussi les lésions des capsules surrénales en rapport avec la maladie d'Addison, la localisation de la cause du diabète sucré dans la moelle allongée, les rap-

©BIUM

ports établis par Gowers, Fournier et beaucoup d'autres entre la syphilis et l'épilepsie, les paralysies et la folie.

L'auteur cite encore une série d'affections mieux connues aujourd'hui, depuis qu'on sait à quelle lésion elles correspondent, et il termine en espérant que les nouvelles méthodes d'investigation devenant de jour en jour plus parfaites, on ne s'arrêtera pas dans la voie du progrès.

V. — *De l'importance de la reconnaissance de la folie dans la pratique générale de la médecine;* par le Dr Ira Russell, de Winchendon (Massachussets).

Depuis quelques années l'auteur s'est occupé spécialement de l'étude et du traitement des maladies nerveuses et mentales, et il a pu voir combien il était parfois difficile de déterminer l'état mental des malades. Le procès de Guiteau, qui a si vivement impressionné le public, a prouvé combien il était facile de méconnaître l'aliénation. Reconnaître la folie dès son début est cependant de la plus grande importance, car bien souvent, prise tout à fait au commencement, la folie est curable.

Le Dr Ira Russell cite plusieurs cas qui offrent un réel intérêt au point de vue particulier auquel il se place.

Il termine par quelques considérations sur le traitement des aliénés. On peut les soigner chez eux, ou dans des asiles privés ou encore dans des hôpitaux généraux ; mais la plupart du temps le traitement à domicile est inefficace et doit être rejeté. Mieux vaut, sans conteste, l'internement dans les asiles où l'on peut mieux les ranger par catégories, et exercer sur eux une plus grande surveillance.

VI. — *La folie à deux au point de vue médico-légal;* par le Dr Jas. G. Kiernan, de Chicago.

Question encore peu étudiée par les aliénistes américains, mais sur laquelle Falret, Lasègue, Régis, Marandon de Montyel ont fait d'importants travaux. Des observations en ont aussi été rapportées par Reverchon, Pagès, Savage et Needham.

L'auteur en rapporte également plusieurs cas, et admet que les aliénés ne reconnaissent pas les conceptions délirantes qu'ils peuvent avoir, soit qu'une autre personne les ait fait naître dans leur esprit, soit qu'ils les aient imposées à d'autres sujets. Il est donc très important que les aliénistes soient consultés sur l'état mental de ces malheureux, pour qu'ils puissent montrer aux juges que la folie à deux peut réellement exister, et

©BIUM

qu'elle est en quelque sorte contagieuse pour bien des personnes.

Numéro de Juillet.

I. — *De la simulation de la folie par les fous;* par le Dr C. H. Hughes, de Saint-Louis.

La simulation de la folie par des personnes sensées est commune et date de toute antiquité, tels sont les faits d'Ulysse, de David, de Junius Brutus, les caractères d'Edgar et d'Hamlet tracés par Shakespeare ; mais il est plus rare de voir cette affection simulée par des gens qui sont eux-mêmes atteints d'aliénation mentale. Cependant il en existe, et si on ne les connaît pas, cela tient à ce que l'on ne les recherche pas, et que d'ailleurs il est assez difficile de démontrer cette simulation pour quelqu'un qui est reconnu aliéné.

L'auteur rapporte quelques cas qui prouvent que certains fous simulent la folie. Il se passe chez eux des phénomènes cérébraux, dont ils n'ont pas conscience et qui président à l'accomplissement de leurs actes, comme on le voit dans l'hystérie, et les rendent très sensibles à l'imitation.

Dans d'autres cas, c'est en simulant certaines formes de folie que les malades peuvent se procurer quelques faveurs, c'est dans ce but qu'ils le font, et ils ont assez de jugement pour le comprendre. Ainsi, un maniaque chronique trouvant qu'en simulant la démence il se procurait du tabac et d'autres douceurs, après les avoir obtenus, il revenait à son état maniaque antérieur.

II. — *Des rapports qui existent entre la syphilis et la paralysie générale;* par le Dr Jas. G. Kiernan, de Chicago.

Les opinions les plus variées ont été émises sur les rapports qui existent entre la syphilis et la paralysie générale. Pour les uns, tels que Esmarch, Jessen et Kjellberg, la paralysie générale est toujours due à la syphilis ; pour d'autres, tels que Lewin et Fournier, elle n'en dépend jamais. Entre ces opinions extrêmes, d'autres auteurs, tels que Sternberg, Landberg, Snell, Schuele, Westphal, Leidesdorf, etc., pensent que dans bien des cas la syphilis est pour quelque chose dans l'éclosion de la paralysie générale et ils cherchent à établir la proportion pour cent dans laquelle cette circonstance se rencontre. On n'est pas

©BIUM

mieux d'accord pour bien déterminer les signes auxquels on doit reconnaître qu'une paralysie générale est d'origine syphilitique ou non. Fournier déclare que la syphilis cérébrale se distingue de la paralysie générale par ses modes différents de début, d'évolution et de durée, par l'occurrence de fréquentes paralysies partielles, la présence concomitante d'une apparence cachectique spéciale et enfin par l'efficacité du traitement. Charcot, Hanot, Blandford, Broadbent, Lancereaux, Zambaco, Lagneau fils, Hildenbrand, etc., professent les mêmes opinions; tandis que Clouston, Wright, Ford, Read, Skae et Mansurrow s'accordent à dire que seuls les résultats du traitement sont des éléments de diagnostic sérieux. C'est pour ces raisons que Fournier, Voisin et d'autres font de la paralysie générale une affection distincte des psychoses dues à la syphilis.

Le Dr Kiernan oppose à cette manière de voir un simple cas, qui peut servir de base d'argumentation et montre que la syphilis peut directement produire la paralysie générale. Il s'agit d'un ouvrier français de vingt-six ans, qui était syphilitique et présenta durant son séjour à l'asile de New-York tous les symptômes d'une paralysie générale progressive avec délire de grandeur et démence. Son autopsie, faite avec le plus grand soin par le Dr Spitzka, révéla des lésions nombreuses et considérables pouvant se rapporter à une origine syphilitique.

Le Dr Kiernan fait suivre l'exposé de cette observation, très complète au point de vue anatomo-pathologique, de considérations tendant à faire ressortir l'inanité des distinctions que l'on a cherché à établir entre le processus syphilitique et celui qui ne l'est pas, aussi bien que l'impossibilité que l'on éprouve à les différencier. Il conclut en disant : 1° qu'aucun fait pathologique, thérapeutique ou clinique ne permet d'établir une ligne de démarcation entre la paralysie générale d'origine syphilitique et celle qui ne l'est pas ; 2° que l'influence étiologique de la syphilis sur la production de la paralysie générale paraît établie; 3° que la valeur du traitement antisyphilitique dans ces cas dépend du stade auquel la syphilis se trouve, mais qu'il n'est jamais nécessairement contre-indiqué; 4° enfin, que les opinions contradictoires qui ont été émises sur les rapports qui existent entre la syphilis et la paralysie générale, sont dues à des tendances doctrinaires et *a priori* qui malheureusement prévalent trop souvent dans la science.

©BIUM

III. — *De la folie latente. Cas de Mark-Gray;* par le Dr D. R. Brower, de Chicago.

Les troubles de nutrition du cerveau qui causent la folie, n'ont aucune influence sur l'état moral des aliénés; si le malade était porté, avant sa maladie, à mentir, à voler, ou à dissimuler, il conserve ces tendances après l'apparition de l'aliénation mentale. On peut ajouter qu'en général ces malades sont atteints de délire partiel et qu'en dehors de leurs idées délirantes spéciales et systématiques, il font preuve souvent d'une activité intellectuelle remarquable et d'une logique qui souvent en impose. Pour quiconque soigne des aliénés, les malades de cette catégorie ne sont pas rares. Ingels, Meyer, Munro en ont cité de nombreux exemples.

Le Dr Brower y ajoute un cas qui lui est personnel, celui d'un nommé Mark Gray, qui, pour avoir tiré plusieurs coups de revolver sur le fameux tragédien Edwin Booth, avait été enfermé dans l'asile d'aliénés d'Elgin. On s'aperçut bien vite que cette impulsion homicide avait pour cause chez lui une conception délirante qui lui faisait croire que, fils naturel du célèbre comédien et, par ce fait, ayant hérité de ses talents, il avait à se venger de l'abandon dans lequel son père l'avait laissé dans la crainte de se voir éclipsé par lui. Malgré les constatations médicales les plus explicites, ce malade sut assez en imposer aux juges pour bénéficier d'une ordonnance d'habeas corpus rendue à son sujet. Le Dr Brower déplore une pareille erreur et demande que de pareils malades soient soumis à une observation médicale longtemps prolongée, dont les juges devraient tenir un plus grand compte qu'ils ne le font généralement,

Numéro d'Octobre.

I. — *De la folie réciproque;* par le Dr Ralph S. Parsons, de New-York.

La folie est-elle contagieuse? Evidemment non. Cependant dans certains cas, la cohabitation avec des aliénés peut déterminer l'éclosion d'accidents chez les gens prédisposés. L'auteur examine les différentes circonstances dans lesquelles la folie peut se dévolopper, il cite des observations, entre autres celle de deux sœurs dont l'une devint aliénée en venant visiter l'autre.

©BIUM

Il conclut en admettant l'influence de la folie sur le développement de cette maladie chez les personnes prédisposées. Cette influence est favorisée par les liens du sang, c'est surtout dans les mêmes familles que l'on observe de ces cas. Ce sont les formes émotives qui se transmettent le plus facilement et c'est surtout dans les premières phases de la maladie que l'influence se fait plus particulièrement sentir. Ce sont là des considérations qu'il est bon d'avoir présentes à l'esprit, lorsqu'on agite la question d'opportunité d'un traitement dans un asile ou à la maison.

II. — *Cas de folie due à l'usage de la quinine;* par le Dr Jas. G. Kiernan, de Chicago.

Ce sont trois observations de malades dans la famille desquels on trouve des antécédents névropathiques, et qui, après avoir pris même de petites quantités de quinine, sont devenus aliénés.

Le Dr Kiernan fait suivre ces observations de quelques remarques sur l'importance de ces cas au point de vue médico-légal; des criminels peuvent alléguer l'usage de la quinine comme moyen de défense.

III. — *Du traumatisme dans ses rapports avec la folie;* par le Dr R. Brower, de Chicago.

Les conclusions émises par Duret, à la fin de ses études expérimentales et cliniques sur les traumatismes cérébraux, servent de point de départ dans ce mémoire à l'exposition d'une série de vues des principaux observateurs, tant américains qu'étrangers, sur les effets des traumatismes cérébraux.

L'auteur, avant de relater trois observations qui lui sont personnelles, admet que, d'une façon générale, le traumatisme produit une prédisposition à la folie, et que, dans ces cas, les maladies mentales affectent le type chronique.

IV. — *Des menus soins à donner aux aliénés.*

L'auteur se propose dans ce mémoire de parler des soins quotidiens que réclament certaines classes d'aliénés et d'exposer les méthodes de traitement qui paraissent le mieux éviter, d'après lui, les difficultés que l'on éprouve à les traiter.

Dans certains cas d'épilepsie, ceux, entre autres, dans lesquels les malades sont sujets par intervalles à des crises d'agitation violente, il pense qu'il faut restreindre autant que pos-

©BIUM

sible les moyens de contention. Si on les enferme, ils deviennent encore plus furieux après la crise, ils ne se souviennent plus que de la réclusion dont ils ont été l'objet et restent beaucoup plus irritables. Il préfère l'administration de l'hyoscyamine et les grands bains à 100° Farenheit. Si les malades ont des menaces de syncope, il recommande les injections sous-cutanées d'ergotine.

Pour les aliénés malpropres, une visite systématique d'un surveillant, passant à intervalles réguliers pour activer ceux qui sont apathiques, sera le meilleur moyen à employer. On pourra y joindre l'emploi de la belladonne ou de l'atropine.

Contre la diarrhée nocturne, il donne le phosphate acide ; si l'incontinence d'urine dépend de la polyurie, il administre l'ergot de seigle et la noix vomique.

L'auteur rejette la position couchée dans les cas de manie aiguë. Contre les habitudes de masturbation, il recommande l'usage du collodion et, dans les cas aigus, l'emploi d'un fil d'argent et le bromure de camphre.

Pour l'alimentation forcée, il faut se servir de la sonde de Nélaton et donner du lait. Pour les médicaments, préférer les injections sous-cutanées et la voie rectale.

L'auteur croit enfin qu'il est bon de laisser aux malades le plus de liberté possible. Dans les premiers stades de convalescence, chez les maniaques, il est d'avis de les mettre sous la surveillance de gardiens spéciaux, avec l'ordre de les tenir constamment en plein air. Cette manière de faire leur laisse une grande liberté d'action et leur procure une convalescence rapide.

V.—*Des othématomes ;* par le Dr M.-J. Madigan, de New-York.

Malgré les progrès qui ont été faits en neuropathologie, la nature exacte de cette complication de la folie est encore sujette à discussion. Avec les diverses opinions qui ont été émises sur ce sujet, l'auteur rappelle les expériences de Dastre et Morat sur le sympathique, celles de Brown-Séquard sur la section des corps restiformes, enfin l'opinion de Virchow qui fait de l'othématome un trouble de nutrition, ou une lésion du cartilage.

De l'exposé de toutes ces opinions, il ressort que l'hématome est d'origine nerveuse, et qu'on le rencontre surtout dans les cas de folie dépendant de troubles vaso-moteurs.

Les auteurs sont en désaccord complet sur la valeur pronostique de ce symptôme.

©BIUM

Ce mémoire se termine par les conclusions suivantes :

1° L'othémathome est d'origine nerveuse centrale, et il n'est pas encore démontré que le traumatisme joue un rôle dans sa production ;

2° Il est surtout fréquent dans les folies accompagnées de troubles vaso-moteurs ;

3° Sans être d'un pronostic fatal, il ne faut pas compter sur une guérison durable des malades qui en sont atteints.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

Traité clinique des maladies mentales; par le Dr H. Schüle, médecin de l'asile d'Illenau (Grand-Duché de Bade). 3e édit. (1886), traduite par les Drs J. Dagonet et Duhamel, revue et augmentée par l'auteur, avec une préface de M. le Dr H. Dagonet, médecin de l'asile Sainte-Anne, professeur agrégé à l'ancienne faculté de Strasbourg. 1re fascicule, 1 vol. in-8°. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, édit. 1888.

Quand on peut dire d'un *Traité des maladies mentales* qu'il est arrivé en moins de dix ans à sa 3e édition, tout autre éloge est, je pense, superflu. Schüle, le savant médecin d'Illenau, a eu cette bonne fortune. Son livre, paru en 1878 dans la collection de Ziemssen, arrivait, en 1886, à sa 3e édition ; et, dans cet intervalle, l'auteur n'a cessé de le perfectionner et de le tenir au courant des progrès de la science. Lors de ses apparitions successives, il a été analysé ici même, par Châtelain (*Ann.* 1879, I, p. 333, et 1886, IV, p. 319) ; il est donc bien connu des lecteurs des Annales, et aujourd'hui je veux seulement leur annoncer que le Traité de Schüle va paraître traduit en notre langue ; déjà le premier fascicule, un volume de 220 pages, est en vente.

Il faut le reconnaître, l'ouvrage, dans son texte original, était, malgré tout son mérite, d'une lecture laborieuse, même pour qui croit posséder la langue allemande. La pensée de l'auteur reste volontiers enveloppée dans un style touffu, hérissé de termes qui n'ont pas en français leur équivalent exact. J'admire mes jeunes confrères, MM. Jules Dagonet et Duhamel, d'avoir entrepris et mené à bonne fin la tâche ardue qu'ils se sont imposée. Leur traduction nous donne un livre bien français par le style et par la clarté : l'auteur lui-même trouvera plaisir à se lire dans une langue nette et facile à comprendre.

Ce n'est pas le moment d'analyser en détail, et une fois de plus, le Traité de Schüle ; attendons que l'ouvrage complet ait paru. Il suffit de renvoyer à la préface que M. Dagonet, le

©BIUM

savant médecin de Sainte-Anne, a mise en tête de la traduction dont son fils est l'un des auteurs. M. Dagonet oublie trop facilement qu'il a, lui aussi, écrit un Traité des maladies mentales, devenu classique ; il se contente de la tâche modeste de rapporteur, alors qu'il aurait pu légitimement rappeler la part qu'il a prise, et qui n'est pas des moindres, au travail scientifique de ces trente dernières années.

Schüle, bien qu'il s'en défende, procède de l'Ecole psychologique ; ses idées, son langage, sa terminologie, s'éloignent notablement de ce que nous trouvons dans les travaux de psychiatrie française contemporaine. Il définit la folie une maladie du *moi*, à laquelle, il est vrai, il consent à attribuer un substratum anatomique, et dont la cause est une affection cérébrale. Ne serait-il pas plus exact de dire que la folie est une « maladie cérébrale se manifestant par des troubles psychiques? » Car le *moi* peut-il être primitivement atteint? Peut-il changer sans que le substratum organique, dont il est la manifestation, se modifie lui-même?

Schüle a également emprunté à l'Ecole psychologique son amour des classifications, et M. Dagonet reconnaît qu'il multiplie les variétés symptomatiques.

Comme il le dit, le nombre en deviendrait infini, si l'on voulait considérer isolément toutes les particularités que nous offre l'étude de l'aliénation mentale.

Le traité de Schüle a paru en la même époque que ceux de Krafft-Ebing, d'Emminghaus, de Leidesdorf ; il n'a pas souffert de la comparaison avec ces brillants émules. Si éloigné qu'il soit de nos idées actuelles, de notre tendance d'esprit, il n'en mérite pas moins de passer dans notre langue, ne fut-ce qu'à cause du grand succès qu'il a eu dans son pays d'origine. Bientôt le lecteur français possédera la traduction complète : le zèle et le talent des traducteurs nous sont un sûr garant que leur œuvre ne restera pas longtemps inachevée.

J. CHRISTIAN.

Sensation et mouvement. Etudes expérimentales de psycho-mécanique ; par Ch. Féré, médecin de Bicêtre. 1 vol. in-18 de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine.* Paris, 1887, Félix Alcan, édit.

Cabanis, en son mémoire sur les sensations (*Rapports du physique et du moral de l'homme*, édit. Peisse, p. 160 et suiv.),

©BIUM

consacre plusieurs pages à démontrer « que les forces motrices sont entretenues par l'influence des forces sensitives » ; « que l'énergie et la persistance des mouvements se proportionnent à la force et à la durée des sensations », etc. La lecture de ces pages est bien intéressante et très curieuse, après qu'on a pris connaissance du savant ouvrage de M. le Dr Féré ; les expériences nombreuses et patientes de notre collègue venant en quelque sorte corroborer les affirmations de l'illustre médecin philosophe, et prouver sa puissance d'induction.

Si je rapproche le travail de M. Féré de l'œuvre de Cabanis, ce n'est pas pour diminuer la valeur du premier, encore moins pour chercher dans la seconde un titre de priorité ; mais bien plutôt pour rappeler que Cabanis est un des précurseurs de cette psychologie expérimentale que M. Féré cultive avec tant de succès.

L'idée fondamentale du livre de notre confrère, à laquelle il est conduit par de nombreuses observations et expériences, est la suivante : « Toutes les excitations périphériques, qu'elles portent sur les organes de la sensibilité générale ou sur ceux de la sensibilité spéciale, déterminent d'abord une suractivité fonctionnelle, se traduisant, surtout du côté excité, par une augmentation de la sensiblité générale et spéciale et une augmentation parallèle de la force musculaire qui coïncident avec une dilatation des vaisseaux périphériques se manifestant par une augmentation de volume des membres » (p. 120).

Il est impossible d'entrer dans le détail des expériences faites sur des sujets sains et sur des hystériques, et en particulier sur les hystériques hypnotisables, « qui méritent bien d'être considérées comme les grenouilles de la psychologie expérimentale » ; mais il importe de donner quelques-unes des conclusions qui frappent tout particulièrement. Ainsi, le dynamomètre nous apprend que « l'exercice momentané de l'intelligence provoque une exagération momentanée de l'énergie des mouvements volontaires », et inversement, les mouvements volontaires peuvent avoir une influence sur l'activité psychique. Et de fait, un certain nombre d'individus se mettent instinctivement en marche lorsqu'ils veulent concentrer les efforts de leur intelligence, et chez quelques-uns l'effet du mouvement est assez marqué pour qu'ils puissent en rendre compte ; l'exaltation des manifestations de la mémoire a surtout été facilement constatée » (p. 24). — Autre point non moins intéressant : « Les sensations fournies par les divers organes des sens

©BIUM

ont une commune mesure fournie par le dynamomètre ; toutes les sensations s'accompagnent d'une augmentation de l'énergie statique qui paraît constituer la sensation... Toute excitation détermine immédiatement une production de force, et on peut en déduire légitimement que *les fonctions psycho-physiologiques, comme les forces physiques, se réduisent à un travail mécanique* » (p. 33).

En étudiant par les mêmes procédés (dynamométrie, etc.) les phénomènes de plaisir et de douleur, M. Féré arrive à démontrer que « les sensations agréables s'accompagnent d'une augmentation de l'énergie, tandis que les désagréables s'accompagnent d'une diminution. *La sensation de plaisir se résout donc dans une sensation de puissance; la sensation de déplaisir dans une sensation d'impuissance* » (p. 64). N'est-ce pas la démonstration, en quelque sorte matérielle, des idées théoriques émises par Kant, Bain, Darwin et autres ?

L'auteur ne se cantonne pas dans la science pure, il fait des applications de ses recherches à la pathologie mentale et aux questions sociales et économiques. Il y aurait plaisir à le suivre sur ces différents terrains, malgré les réserves que nous trouverions à faire au point de vue sociologique. Un mot cependant sur sa manière d'envisager le pessimisme, qu'il considère comme un fait d'impuissance et par suite comme un phénomène de dégénérescence. « Se plaindre de tout, dit-il avec raison, revient à convenir que l'on n'est bon à rien ; c'est du reste ce qu'affirment les seuls pessimistes sincères, ceux qui se tuent, comme fit Mainlœnder. Le péjorisme a surtout cours parmi les improductifs de tout ordre.

« Le pessimisme est un déchet de l'évolution psychique, comme le crime de la folie. Il faut remarquer, d'ailleurs, qu'aboutissant au « renoncement du vouloir vivre », il produit en fin de compte le même résultat, que les dégénérescences organiques, la stérilité » (p. 151).

On voit par ces quelques extraits l'intérêt du livre de notre laborieux confrère ; tous ceux qui suivent les transformations que subissent, depuis quelques années, les études psychologiques, y trouveront des applications heureuses de l'expérimentation physiologique à la détermination des phénomènes psychiques.

Dr Ant. Ritti.

©BIUM

Inebriism, a pathological and psychological study (De l'inébriisme. Etude pathologique et psychologique); par M. le Dr Wright, membre de l'Association américaine pour le traitement des ivrognes. Vol. in-8. William G. Hubbard. Columbus, 1885.

Je regrette de ne pouvoir louer sans réserves l'ouvrage de M. Wright. Le plan adopté par l'auteur l'amène à des répétitions fatigantes pour le lecteur et d'un autre côté des questions, sans rapports directs avec le sujet traité, sont développées outre mesure, tels sont les trois chapitres sur l'étiologie du tempérament nerveux et les deux sur l'impulsion. Bien plus, ce livre m'a semblé manquer de netteté. Si j'ai bien compris M. Wright, l'ivrognerie et la dipsomanie constitueraient un même état morbide caractérisé par un besoin irrésistible d'intoxication, et différeraient seulement en ce que la première est continue et la seconde intermittente. Un besoin morbide d'intoxication, dit l'auteur, non un besoin d'alcool; si ces malades recourent à ce poison, c'est qu'ils l'ont à leur portée. Ce besoin morbide d'intoxication aurait son origine, sa cause première, dans le tempérament nerveux. Mais M. Wright, dans son volume, ne se préoccupe guère plus que de la dipsomanie qu'il traite dans une série de chapitres, du plus vif intérêt, il est vrai, ceux surtout relatifs aux transformations de cette névrose impulsive et aux états inconscients de l'alcoolisme. Pourtant là n'était point, à mon avis, le côté le plus intéressant de la question. Aujourd'hui il n'est douteux pour personne que le dipsomane, c'est-à dire l'homme d'ordinaire sobre, saisi à des intervalles plus ou moins éloignés d'un besoin irrésistible de boire, est un aliéné. Le point controversé est de savoir si l'ivrogne, c'est-à-dire l'homme qui boit à toute occasion, est, lui aussi, un malade digne, non de mépris, mais de compassion et de soins. Or, nulle part dans le volume dont je rends compte, n'est entreprise l'étude des différences profondes, radicales, qui existent entre ces deux catégories de buveurs. Sans doute, M. Wright expose, avec une grande netteté et beaucoup de faits curieux à l'appui, que le buveur est un névrosique, dont la prédisposition au besoin d'intoxication est héréditaire dans des conditions qu'il détermine, ou acquise par des causes qu'il énumère, que cette prédisposition peut rester latente des années, se manifester sous l'influence d'une cause occasionnelle, telle

©BIUM

qu'un excès accidentel de boissons, puis disparaître par l'évolution de l'hérédité ; mais est-il vrai que tout ivrogne est dans ce cas et obéit non à un vice, mais toujours à une impulsion irrésistible? Est-il vrai que pour trouver dans la boisson un plaisir ou un besoin, le tempérament névrosique, héréditaire ou acquis, est une nécessité? M. Wright ne se préoccupe pas de ces questions qu'il importerait pourtant de résoudre pour avoir le droit de considérer tout buveur comme un malade. Ce silence est d'autant plus regrettable de la part du médecin américain que son livre imprimé avec luxe, orné de vignettes, est destiné plus encore peut-être aux gens du monde qu'aux hommes de science. Le public habitué à voir dans l'ivrognerie habituelle un vice et dans l'ivrogne de profession un misérable, acceptera difficilement de transformer sans preuve aucune son mépris en pitié. Cette assimilation *a priori* des ivrognes et des dipsomanes pourra, au contraire, avoir le résultat fâcheux de nuire à la cause si juste et si vraie de ces derniers.

Le livre de M. Wright ne manque pourtant ni d'originalité, ni d'aperçus ingénieux. L'auteur, dans l'interprétation des troubles psychiques de l'alcoolisme, attribue un rôle important, prépondérant même à beaucoup d'égards, à l'anesthésie. L'action euphorique de l'alcool n'existerait, d'après lui, que tout à fait au début ; par la suite, des doses, même énormes du poison, ne la ramèneraient pas. Aussi le buveur y recourrait-il, moins dans le but de se procurer une jouissance factice que pour calmer les souffrances déterminées par la présence dans le sang des poisons secondaires nés d'une nutrition troublée par l'alcool. Ainsi, l'action euphorique serait remplacée par une action anesthésique. M. Wright se sert avec habileté de cette anesthésie, morale tout autant que physique, pour expliquer une foule de phénomènes morbides et criminels dus à l'abus des boissons. Sans me faire le défenseur des idées de l'auteur, je reconnais que toute cette partie de son travail offre un réel intérêt et mérite d'être lue.

M. Wright traite aussi des altérations matérielles du cerveau imprégné par l'alcool. Il prend pour type de sa description la paralysie générale dont l'étiologie principale serait, à son avis, l'alcoolisme. Cette opinion trouvera peu d'adhérents parmi nous, après les beaux travaux de l'Ecole française sur les pseudo-paralysies générales alcooliques. Pour l'auteur comme pour la grande majorité des anatomo-pathologistes, l'hypertrophie du tissu conjonctif serait la lésion principale de

©BIUM

l'alcoolisme ; nulle part pourtant il ne fait jouer un rôle important à la dégénérescence graisseuse si caractéristique elle aussi des excès de boissons.

L'ouvrage se termine par deux chapitres intéressants sur la responsabilité des buveurs. Là aussi M. Wright fait jouer un rôle des plus importants à l'anesthésie physique et psychique.

Dr E. Marandon de Montyel.

Notice historique sur l'électrothérapie à son origine. L'électricité médicale à Genève au XVIIIe *siècle* ; par le Dr P. Ladame, privat-docent à l'Université de Genève. Broch. in-8°. Extrait de la *Revue médicale de la Suisse romande.* Genève 1885.

Les travaux de l'Ecole de la Salpêtrière ont remis en honneur le traitement des affections nerveuses par l'électricité statique. Déjà de nombreux et intéressants travaux sur la question ont été publiés par M. le professeur Charcot et ses élèves; mais le point de vue scientifique une fois — je ne dirai pas, résolu — mais nettement posé, ce n'était pas une curiosité vaine de remonter à l'origine de l'électrothérapie, qui date du siècle dernier et qui ne pouvait être, à ses débuts, que *franklinienne*. C'est ce chapitre d'histoire scientifique que M. le docteur P. Ladame a écrite avec le plus grand soin, en s'entourant de tous les renseignements qu'une érudition sûre pouvait lui fournir.

Le travail se divise en deux chapitres consacrés, le premier, aux découvertes électriques depuis les temps anciens jusqu'à Jallabert, le second, aux premiers temps de l'électrothérapie, aux recherches de Jallabert et de ses contemporains.

Nous ne nous arrêterons pas à la première partie, quelque intérêt que présente l'histoire des acquisitions successives faites par la science et des modifications effectuées aux appareils producteurs d'électricité ; nous passerons immédiatement au récit des premiers tâtonnements de l'électrothérapie. C'est vers 1744, dans les leçons et les œuvres d'un professeur de l'Université de Halle, le Dr Krüger, qu'on trouve les premières indications sur « l'action curative prodigieuse et rapide de l'électricité sur les membres paralysés ». La même année vit paraître un certain nombre d'observations, celles de Quelmalz qui guérit deux personnes de paralysies des doigts, celles de

©BIUM

Kratzenstein qui obtint la guérison, chez une jeune fille, de la paralysie d'un doigt, et chez un savant homme, celle de deux doigts paralysés, etc. Grâce à la découverte de la bouteille de Leyde, en 1745, un appareil plus puissant que la machine du bourguemestre de Magdebourg se trouvait entre les mains des expérimentateurs, qui s'empressèrent de l'employer. Dès l'année suivante, en effet, l'abbé Nollet, à Paris, Kleyn, à Amsterdam, traitèrent des paralytiques à l'aide de commotions électriques; des discussions assez vives s'élevèrent même à ce sujet entre le premier de ces physiciens et Antoine Louis, le célèbre chirurgien de la Salpêtrière. Nous n'y insisterons pas; nous avons hâte d'arriver au personnage principal du travail de M. Ladame, à Jallabert, professeur de philosophie expérimentale à Genève. Ce savant avait commencé ses essais d'électrisation chez les malades sur le conseil de Sauvages, de Montpellier; habile observateur, il décrivit avec soin (1749) les phénomènes physiologiques qui se présentaient chez l'homme soumis à l'action de l'électricité; il nota, le premier, l'augmentation du pouls, pouvant aller de 80 P. à 90 et même 96 P., l'élévation de la température du corps, et surtout les mouvements convulsifs obtenus par l'étincelle électrique. Ce sont là des titres scientifiques des plus honorables, qui justifient pleinement la tentative faite par notre confrère de tirer de l'oubli le nom de son compatriote.

Jallabert en possède un autre, au point de vue médical, celui d'avoir appliqué d'une façon méthodique l'électricité statique au traitement d'un hémiplégique. Les extraits que donne M. Ladame, du « journal de quelques expériences faites sur un paralytique », sont des plus curieux. L'observation est prise avec le plus grand soin; tous les détails cliniques y sont notés avec minutie : ainsi on y lit que le malade en question, serrurier de son état, jeté à la renverse, en forgeant une barre de fer, à la suite d'un coup porté à faux, resta plusieurs jours sans connaissance et sans mouvement, et se trouva, en revenant à lui, *muet* et *paralytique de tout le côté droit*. Il nous est impossible de suivre l'auteur dans la description du traitement qu'il fit suivre à son malade et qui obtint du succès le plus complet.

Après la lecture de cette observation, on souscrit volontiers aux conclusions de M. Ladame et on considère avec lui Jallabert comme le véritable fondateur de l'électrothérapie. Mais le lecteur qui, derrière la découverte, cherche l'homme qui l'a

©BIUM

conçue, regrettera de ne trouver, dans le travail dont nous venons de faire une rapide analyse, d'autres renseignements biographigues sur ce savant distingué du siècle dernier que la date de sa naissance et celle de sa mort (1712-1768). M. Ladame qui a eu entre les mains ses manuscrits et sa correspondance, aurait dû employer ses aptitudes psychologiques à faire revivre à l'aide de ces documents, cette figure de chercheur patient et sagace; son œuvre y eût gagné et nous eût paru plus complète. Telle qu'elle est, cependant, elle sera lue avec plaisir par tous ceux qui, s'intéressant aux études historiques, cherchent le lien qui unit le présent au passé, les progrès actuels à ceux accomplis dans des siècles antérieurs.

Ant. RITTI.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Etude anatomique et physiologique sur l'hémichorée ymptomatique; par le Dr Léon Mongin, ancien interne de Bailleul. Thèse de Paris, 1887.

— Twenty-ninth Annual Report of the General Board of commissioners in Lunacy fo Scotland (Vingt-neuvième rapport annuel des *Commissioners in Lunacy* d'Ecosse). Broch. in-8° de 136 pages. Edimbourg, 1887.

— Sur le retour immédiat de l'innervation après la suture des nerfs ; par le Dr Polaillon, chirurgien de la Pitié. Broch. in-8° de 42 pages. Paris, 1887. Imprimerie Edmond Rousset et Cie.

— Asile d'aliénés de Saint-Robert. Compte rendu du service médical pendant l'année 1886 ; par le Dr E. Dufour, médecin en chef. Broch. in-8° de 27 pages. Grenoble, 1887. Imprimerie Allier, père et fils.

— Des anesthésies hystériques. Clinique médicale de l'Hôpital Saint-André : par le Dr A. Pitres, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux. Leçons recueillies par le Dr Davezac, médecin adjoint des hôpitaux. 1 vol. in-8° de 162 pages. Bordeaux 1887. Imprimerie G. Gounouilhou.

— Relatorio do serviço medico e administrativo de hospital do Conde de Ferreira, relativo ao primeiro biennio 1883-1885 (Rapport sur le service médical et administratif de l'hôpital de Conde de Ferreira des deux premières années); par le Dr Maria de Senna, directeur de l'hôpital, avec la collaboration de Xavier de Mattos, médecin adjoint, de J. Urbano, L. Peixoto

©BIUM

et Magalhaes Lemos, médecins externes. 1 vol. in-4° de 266 pages avec planches. Porto, 1887.

— Prolegomeni di filosofia elementare (Prolégomènes de philosophie élémentaire) ; par Antonino de Bella. 3e édit. I vol. in-8° de 176 pages. Turin, 1887. Imprimerie L. Roux et Cie.

— Asile de Fains. Caisse de retraites. Extrait du Registre de la Commission de surveillance (séance du 9 juillet 1887). Broch. in-8° de 16 pages. Bar-le-Duc, 1887. Imprimerie Numa Rolin.

— Les idées morbides et les délires de persécution. Communication lue à la Société médico-psychologique, par le Dr Charpentier, médecin de Bicêtre. Broch. in-8°, 27 p. Paris, 1888, G. Masson, édit.

— Sulla neurastenia (de la neurasthénie); par le Dr Arcari Giovanni, médecin adjoint du manicome de Crémone. Extrait du *Bulletin de la Société médicale de Crémone*. Broch. in-8°, 42 p. Crémone, 1887.

— Les Frontières de la folie ; par le Dr A. Cullerre, membre correspondant de la Société médico-psychologique. 1 vol. in-18 de la *Bibliothèque scientifique contemporaine*. Paris, 1888. J.-B. Baillière et fils, édit.

— L'asile de Quimper de 1826 à 1883. Programme de son achèvement. Le patronage des aliénés ; par le Dr Baume, directeur, médecin-honoraire de l'asile de Quimper, etc. Broch. in-8° de 70 p. Rennes, 1887. Imprimerie des Journaux réunis.

— De la mélancolie ; par le Dr Alex. Paris, médecin adjoint de l'asile de Châlons-sur-Marne. Mémoire couronné par l'Académie de médecine (Prix Lefèvre). Broch. in-8° de 55 p. Châlons-sur-Marne, 1887. Imprimerie-librairie Le Roy.

— La raison dans la folie. Etude pratique et médico-légale sur la persistance partielle de la raison chez les aliénés et sur leurs actes raisonnables ; par le Dr Victor Parant, directeur médecin de la maison de santé de Toulouse, etc. 1 vol. in-8°, 423 p. Paris, 1888. Oct. Doin, édit.

— Variations de la personnalité ; par les Drs H. Bourru et S. Burot, professeurs à l'Ecole de médecine de Rochefort. 1 vol. in-16 de la *Bibliothèque scientifique contemporaine* (316 p. avec 15 photogravures). Paris, 1888. J.-B. Baillière et fils, édit.

— Les courants de la polarité dans l'aimant et dans le corps humain. Lois des actions des courants fournis par la pile, l'aimant, les métaux, les membres humains, etc., appliqués à la surface cutanée dans un but expérimental ou thérapeutique. Base scientifique de l'électricité dans les maladies rhumatismales, nerveuses, mentales, etc.; par le Dr Chazarain et Ch. Dècle. 1 vol. in-8° 100 p. avec 118 fig. Paris, 1887. Chez les auteurs.

©BIUM

— L'enfer parisien; par Hugues Le Roux. 1 vol. in-12 de 382 pages. Paris, 1888. Victor Havard, édit.

— Nouvelle iconographie de la Salpêtrière. Clinique des maladies du système nerveux publiée sous la direction du professeur Charcot; par Paul Richer, Gilles de la Tourette et Albert Londe. Paraissant tous les deux mois par fascicules de 32 à 48 pages avec figures intercalées dans le texte et 8 planches. A. Delahaye et E. Lecrosnier, édit.

— Le pazzie transitorie. Studio critico, clinico e medico-legale ad uso dei medici e dei giurisperiti (La folie transitoire. Etude critique, clinique et médico-légale à l'usage des médecins et des jurisconsultes); par le professeur Silvio Venturi, avec une préface du professeur Cesar Lombroso. 1 vol. in-12 de 94 pag. Naples, 1888. Enrico Dekken, édit.

— Sopra un caso di demenza paralitica in individuo affetto da atrofia muscolare progressiva (Sur un cas de démence paralytique chez un individu atteint d'atrophie musculaire progressive); par le professeur Ruggero Tambroni, vice directeur du mamicome de Ferrare. Broch. in-8° de 22 pag. Extrait de la *Rivista sperimentale di Freniatria et di medicina legale.* Reggio Nell'Emilia, 1887.

— Des épilepsies par troubles de la circulation; par M. Lebel, interne à l'Hôtel-Dieu de Laon. Thèse de Paris, 1888. Broch. in-8° de 56 pages.

— La mimique et la physiognomonie; par le Dr Th. Piderit. Traduit de l'allemand d'après la 2e édition, par A. Girot, professeur agrégé d'allemand au lycée du Havre. 1 vol. in-8° de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine.* Paris, 1888. Félix Alcan, édit.

— Le magnétisme animal; par Alfred Binet et Ch. Féré, médecin de Bicêtre. 2e édition. 1 vol. in-8° de la *Bibliothèque scientifique internationale.* Paris, 1888. Félix Alcan, édit.

— A second clinical study of hemianopsia. Cases of chiasm-lesion. Demonstration of hemiopie pupillary inaction (Deuxième étude clinique de l'hémianopsie. Observation de lésion de chiasma. Démonstration de l'inaction pupillaire hémiopique); par le Dr E. C. Seguin. Broch. in-8° de 19 pages. Extrait de *The Journal of Nervous and mental disease.* New-York, 1887.

— Singuliers effets morbides déterminés par l'ingestion des champignons vénéneux; par le Dr Hospital, médecin en chef de l'asile de Clermont-Ferrand. Broch. in-8° de 10 pages. Clermont-Ferrand, 1888.

— De l'action de l'antipyrine dans l'épilepsie; par le Dr Georges Lemoine, agrégé de la Faculté de Lille. Broch. in-8° de 7 pages. Paris. Imprimerie Rousset.

©BIUM

ASSOCIATION MUTUELLE

DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

Assemblée générale du 30 avril 1888.

Présidence de M. BAILLARGER.

L'assemblée s'est tenue au domicile du Président, 8, rue de l'Université, à 3 heures..

M. Christian fait un rapport verbal au nom d'une commission, composée de MM. Falret et Christian, 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, secrétaire, pour son rapport annuel.

MESSIEURS,

Notre Association a accompli cette année, comme les précédentes, sa mission d'assistance confraternelle, conformément à nos statuts ; cependant nos recettes ont diminué d'une façon sensible : si cette diminution devait persister, il en résulterait certainement des difficultés sérieuses pour nous; il nous faut donc tous redoubler de zèle et de dévouement, et nous efforcer de recruter de nouveaux adhérents. Par suite des économies réalisées cette année dans le budget du département de la Seine, on nous a supprimé cette année l'allocation que cette administration nous avait jusqu'à ce jour généreusement accordée; c'est là une mesure bien fâcheuse, car les demandes de secours sont toujours aussi nombreuses, aussi pressantes. Nous avons l'espérance que le crédit supprimé sera rétabli, sans pouvoir vous l'affirmer.

Depuis le commencement du siècle, des transformations nombreuses s'accomplissent dans la société et modifient les conditions antérieures de l'existence des familles; quelques-unes d'entre elles sont mal préparées à ces destinées nouvelles ; elles subissent des souffrances d'abord, et arrivent à la ruine plus tard ; quand l'infortune survient par l'effet de la maladie ou de l'imprévoyance de son chef, les membres de la famille n'ont souvent plus d'autre ressource que de faire appel à la générosité des associations auxquelles le chef a appartenu pendant son existence ; or, comme on paraît l'oublier, nous ne cesserons de le répéter : on a droit, soi ou les siens, aux secours distribués par notre Asso-

©BIUM

ciation seulement que dans le cas où on lui a appartenu comme membre fondateur ou comme sociétaire. Cette obligation est imposée au conseil par nos statuts ; il n'est fait d'exception que pour les familles de médecins aliénistes décédés avant la fondation de notre Association ; ces dérogations à nos statuts sont très rares, l'assemblée générale a seule le droit de les légitimer par ses votes ; elle a toujours usé de son pouvoir avec la plus grande réserve.

Notre regretté vice-président M. Achille Foville stimulait les demandes d'admission de la part de nos jeunes confrères durant ses inspections avec un zèle que nul de nous n'a jamais égalé : sa mort a causé dans nos rangs un vide dificile à remplir et a provoqué chez tous les regrets les plus sincères.

Achille Foville naquit à Rouen en 1831 ; comme son père s'était déjà fait un nom distingué dans notre spécialité par ses travaux originaux sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie du système nerveux, il a destiné son fils aîné à la carrière médicale, et dans le but d'assurer ses succès futurs, il lui a donné une instruction très complète en même temps qu'une forte éducation morale ; l'esprit très ouvert de Foville en a largement profité ; il a appris en Allemagne et en Angleterre deux langues qui devaient lui servir dans la suite comme instruments précieux d'études. A cette époque, peu de médecins ont possédé comme lui ces deux langues. Ses études littéraires terminées, Foville choisit sans hésitation la médecine ; il obtient au concours le titre très recherché d'interne des hôpitaux de Paris ; à la fin de sa quatrième année d'internat, il passe sa thèse portant ce titre : *Considérations physiologiques sur l'accès d'épilepsie*. Il entre en 1859 dans le service des aliénés en qualité de médecin adjoint de l'asile de Quatre-Mares ; en 1860, il est nommé médecin en chef d'un des services de l'asile de Maréville ; à la fin de la même année, il est envoyé à Dôle comme directeur médecin en chef ; en 1863, à Châlons-sur-Marne au même titre ; médecin-adjoint de Charenton, en 1866 ; — directeur médecin en chef à Quatre-Mares en 1872, et en 1880, il devient inspecteur général des établissements de bienfaisance et du service des aliénés, fonctions qu'il remplit jusqu'à sa mort, le 15 décembre 1887. Foville est tombé dangereusement malade pendant une inspection, et il est rentré à Paris pour ne plus se relever. Sa carrière si utile, si bien remplie peut être envisagée sous trois points de vue différents : ses services, comme médecin-directeur d'asile, inspecteur ; ses travaux scientifiques ; ses missions temporaires en France et à l'étranger ; médecin, directeur, inspecteur, Foville introduit des améliorations pratiques dans tous les établissements confiés à ses soins, il veille avec un soin persévérant au bon ordre de

©BIUM

la maison et au bien-être des malades, il fixe leur traitement en s'inspirant de toutes les données de la science contemporaine. Administrateur vigilant et dévoué, il s'occupe d'eux, même après leur sortie de l'établissement : son savoir et son cœur se révèlent dans toutes ses actions. Sévère pour lui-même, Foville avait le droit de montrer de la fermeté à l'égard de subordonnés négligents, quand les nécessités du service l'exigeaient. Foville a beaucoup écrit; ce n'est pas devant vous, Messieurs, que je dois insister longtemps sur le mérite de ses nombreuses publications. Il a été le collaborateur remarqué de revues très appréciées en France et à l'étranger; en premier lieu, les *Annales médico-psychologiques* dont il a partagé la direction durant ces dernières années avec M. Baillarger et M. Ritti; également des *Annales d'hygiène publique*, le Dictionnaire de Jaccoud et plusieurs journaux. Pour ceux qui n'auraient pas le temps de tout parcourir, on doit signaler au premier rang son mémoire couronné par l'Académie de médecine, intitulé : *Etude clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs;* on y trouve les qualités maîtresses de Foville : exactitude sévère dans l'observation des faits, sagacité judicieuse dans l'appréciation et la discussion des phénomènes morbides constatés au lit des malades, style clair et soigné dans l'exposition de ses idées. Son livre qui a pour titre : *Législation relative aux aliénés en Angleterre et en Ecosse*, et cet autre mémoire : *Les aliénés aux Etats-Unis, législation et assistance*, nous montrent Foville sous une physionomie nouvelle : comme économiste expérimenté, mûri par le travail et les voyages. Désormais il est en situation de traiter avec une compétence indiscutable les sujets les plus difficiles relatifs à l'organisation des sociétés de bienfaisance, de prévoyance, de coopération, aux causes de la misère, en un mot toutes ces questions qui constituent les problèmes les plus difficiles et les plus impérieux d'économie sociale, soulevés à notre époque dans le livre, le journal, la tribune, et dont la solution importe beaucoup à notre pays pour sa tranquillité et son avenir. A ces titres divers Foville avait sa place marquée dans plusieurs académies; la brièveté de sa vie l'a seule empêché d'atteindre ce but entrevu par lui avec une ambition légitime.

Le ministre de l'Intérieur a souvent confié à Foville des missions importantes en France et à l'étranger : il a été son délégué au Congrès international des médecins, tenu à Londres en 1881; il a fait partie de la commission chargée de reviser la loi de 1838; il a été appelée au sein de la commission du Sénat nommée à cet effet et il a accompagné ladite commission dans ses voyages en Angleterre et en Belgique. Toujours ses avis ont été fort appréciés, sa compétence établie;

©BIUM

l'œuvre à laquelle il a pris part n'a pas encore abouti, car les esprits ne paraissent pas posséder le calme nécessaire à la confection d'une loi aussi importante, à un moment où les controverses politiques passionnent tous les esprits : on a lieu d'espérer qne les retards apportés à la publication de cette loi auront pour conséquence son amélioration définitive. Foville jouissait à l'étranger, comme en France, d'une grande autorité : nous en avons recueilli le témoignage et le fruit durant la visite que Foville et moi avons faite ensemble dans les asiles d'Angleterre et d'Ecosse ; pendant cette excursion, Foville a recueilli des matériaux précieux utilisés dans la suite ; il en était très reconnaissant à tous les médecins anglais, notamment à M. Hack-Tuck et à M. Sibbald, de la part desquels il avait reçu l'accueil le plus bienveillant. Foville comptait en Angleterre de nombreux amis comme en France ; la nouvelle de sa mort les a douloureusement surpris. Au jour de ses funérailles MM. Napias, Ritti, Riant ont été les interprètes éloquents des regrets que la mort de Foville a excités parmi tous ceux qui l'avaient connu. Foville a été frappé à l'âge de cinquante-sept ans, en pleine maturité de l'existence et du talent. Il a envisagé sa fin avec un courage à la hauteur de son caractère, il a veillé à tout, songeant encore à l'heure dernière à soulager des infortunes, donnant généreusement aux diverses associations pour lesquelles il avait beaucoup travaillé durant sa vie, consacrée à la recherche de la vérité, à l'accomplissement de ce qu'il a cru le bien, satisfait d'avoir toujours obéi à sa conscience, certain de ne pouvoir recueillir l'assentiment général de ses contemporains, quelle que fût la droiture de ses intentions, vivant au sein d'une société ou la mobilité des idées, des sentiments, des croyances, est le caractère dominant. Messieurs, devant vous, les amis de Foville, j'ai essayé de retracer quelques traits de l'existence si bien remplie de sa courte existence ; un jour, dans une autre enceinte, un orateur dont l'éloquence est très sympathique à nous tous prononcera l'éloge de Foville, tel qu'il doit être connu des générations qui nous suivront ; Foville a droit à nos regrets unanimes ; tous nous sentons sa perte comme si elle était récente.

M. Bigot était né en Bretagne : il avait la ténacité, l'énergie communes à beaucoup de ses compatriotes ; comme eux, il était capable de défendre jusqu'au dernier souffle de vie le poste confié à sa garde, à son honneur. Du reste, il s'était formé à la discipline dans la carrière pénible de médecin de marine : il a servi à Madagascar, dans l'extrême Orient, en Crimée : pendant ses campagnes dangereuses, il a puisé les germes d'une maladie contre laquelle il a lutté le restant de sa vie. Il a été décoré comme ayant rendu de grands services durant une épidémie

©BIUM

meurtrière : on l'avait vu à ce moment relever le courage abattu des troupes que la maladie décimait autour de lui, en même temps qu'il leur prodiguait les soins précieux que son savoir et son dévouement lui avait inspirés : Bigot avait accompli doublement sa tâche.

Jeune encore, il abandonne la médecine navale, est nommé médecin de l'asile d'aliénés de Lehon, passe ensuite à Bordeaux, redevient un instant médecin militaire à l'occasion de la guerre de 1870, va à Bonneval, à Châlons-sur-Marne, et en 1880 il est placé à la tête de l'asile de Vaucluse, comme directeur, médecin en chef. Cette situation, il ne l'avait pas sollicitée ; les inspecteurs l'avaient proposé, il avait accepté comme un ordre ; Bigot demandait l'obéissance autour de lui et savait l'imposer ; très exact dans son service, il était très dévoué à ses malades ; nature droite, un peu rude, d'une grande loyauté. Ses opinions médicales se trouvent exprimées dans divers écrits : l'un a pour sujet le traitement de la manie épileptique par la digitale, un autre, les périodes raisonnantes de l'aliénation mentale, puis de nombreux rapports administratifs, et deux livres tout littéraires, consacrés à des recherches sur l'origine de l'asile d'aliénés de Bordeaux, et l'histoire de l'abbaye de Bonneval. Son goût pour l'étude et la littérature, et les charmes que lui a procurés son union sympathique avec une femme artiste, consolaient Bigot des luttes qu'il a subies durant sa vie. A son foyer domestique il trouvait la paix et le bonheur ; il a rempli presque jusqu'au dernier jour les fonctions laborieuses de chef de service, médecin et directeur en même temps. Quand il s'est alité, la mort était proche. Bigot a montré contre la souffrance une patience admirable dont nous avons été le témoin attristé : il a succombé le 24 septembre 1887.

Bigot a occupé durant huit ans les fonctions laborieuses de directeur-médecin de l'asile de Vaucluse ; il a rempli honorablement sa tâche, et, le jour de ses funérailles, M. Roux, directeur des affaires départementales de la Seine, qui l'avait vu à l'œuvre, a exprimé, dans les termes les plus délicats, les regrets que sa mort a provoqués ; on doit l'affirmer en toutes circonstances, Bigot a servi son pays avec loyauté et dévouement.

M. Hildenbrand était né en Alsace : il a débuté à Stéphansfeld dans la carrière en qualité d'interne de notre confrère, M. Dagonet ; il a été successivement médecin du quartier d'aliénés de Niort, directeur-médecin de Saint-Alban, médecin en chef de Stéphansfeld après le départ de M. Dagonet qui l'appréciait beaucoup, et l'avait recommandé aux autorités locales ; le ministre de l'Intérieur l'avait nommé malgré des compétitions nombreuses et autorisées. M. Hildenbrand s'est montré digne de la confiance de son maître et du ministre ; il avait réussi à

©BIUM

se faire une place distinguée dans cette Alsace si bien représentée par son savant corps médical, quand l'annexion de cette province à l'Allemagne mit M. Hildenbrand dans la nécessité d'opter entre ses malades, sa province natale et la patrie : M. Hildenbrand est demeuré fidèle à la France vaincue. Alors il fut envoyé comme médecin chef à Marseille, et plus tard comme directeur-médecin à la Charité dans la Nièvre, puis au même titre à Bonneval, où il est mort le 4 janvier 1888. En dehors de ses publication personnelles, M. Hildenbrand remplissait avec un zèle et un talent remarquables une mission modeste, mais très utile à ses confrères, il s'était chargé d'analyser pour les *Annales médico-psychologiques* les travaux publiés en Allemagne sur l'aliénation mentale. M. Hildenbrand s'acquittait de ce travail à la satisfaction de tous, quand la mort est venue l'enlever à ses malades, à ses amis, à notre Association.

Notre Association compte actuellement 150 membres, répartis de la manière suivante :

Membres fondateurs.	84
— sociétaires.	63
— honoraires.	3
Total.	150

Depuis notre dernière réunion, la mort nous a enlevé trois membres fondateurs : MM. Foville, Bigot, Hildenbrand : M. Rota a donné sa démission. Douze admissions nouvelles ont été prononcées, comprenant quatre membres fondateurs et huit sociétaires.

Les quatre fondateurs nouveaux sont :

MM. Napias, Féré, Chaslin, Gilbert Petit.

M. Napias, inspecteur général des services administratifs du ministère de l'Intérieur, était désigné au choix du ministre par ses travaux hautement appréciés sur l'hygiène générale, les hôpitaux, les écoles ; son concours nous sera précieux.

M. Féré, médecin de Bicêtre, est l'auteur de nombreux écrits, justement appréciés, sur l'anatomie, la physiologie, la clinique mentale; il est le collaborateur assidu de journaux scientifiques très répandus.

M. Chaslin a été nommée récemment médecin de Bicêtre au concours.

M. Gilbert Petit, fils d'un aliéniste très distingué, a été placé à la tête de la colonie de réforme de jeunes filles d'Izeure : c'est là une tâche difficile, délicate.

Les huit sociétaires nouveaux sont :

MM. Dumas, médecin de la maison Couderc;

Meilhon, médecin adjoint de l'asile d'Aix ;

©BIUM

MM. Roux, médecin du quartier d'aliénés d'Agen ;
Legrain, médecin de la colonie d'enfants arriérés de Vaucluse ;
Ramadier, médecin de l'asile de Lafond, près la Rochelle ;
Riu, médecin du quartier d'aliénés d'Orléans ;
Boiteux, médecin de l'asile de Clermont (Oise) ;
Rousset, médecin de l'asile de Saint-Robert, près Grenoble ;
Beltrude, médecin de Saint-Méen (Ille-et-Vilaine).

Nous remercions tous nos jeunes confrères d'avoir bien voulu venir à nous, et nous les prions instamment de nous amener des adhérents nouveaux.

Les asiles souscripteurs sont au nombre de 31.

Dôle, Armentières, Auxerre, Cadillac, Châlons-sur-Marne, Evreux, Fains, La Roche-Gandon, Maréville, Montdevergue, Pau, Prémontré, Quatre-Mares, Saint-Dizier, Saint-Yon, Toulouse, Bron, Bassens, Bordeaux, Blois, Dijon, Rennes, Auch, Saint-Venant, Bailleul, Quimper, Vannes, Clermont (Oise) : 100 francs chacun.

Aix, Saint-Lizier, Etablissement de Sainte-Marie de l'Assomption : 50 francs chacun.

Il n'y a pas eu de souscriptions de nouveaux asiles.

Les recettes pour l'année 1887 s'élevaient, au 31 décembre, au chiffre de : 15,016 fr. 53 c.

Répartis de la manière suivante :

En caisse au 1er janvier	4.625 fr.	51 c.
Cotisations.	3.830	»
Souscriptions des asiles.	2.955	»
Intérêts des capitaux.	3.185	64
Intérêt de l'argent déposé au Crédit foncier.	20	38
Prêt remboursé par un sociétaire. .	400	»
Total.	15.016 fr.	53 c.

Durant l'année 1887, l'Association a distribué en secours.	6.800	»
Cette somme porte la totalité des fonds distribués depuis la fondation au chiffre de.	97.661 fr.	»

Les dépenses et achats de valeurs pour l'année 1887 se montent au chiffre de : 10.956 fr. 90 c.

Ainsi décomposés :

©BIUM

Secours accordés :

1° A la veuve d'un fonctionnaire du service des aliénés ne faisant pas partie de l'Association.	800 fr.	»
2° A trois veuves d'anciens internes d'asiles.	600	
3° A sept veuves de membres de l'Association.	3.800	
4° Au fils d'un ancien sociétaire.	800	
5° A la femme d'un sociétaire malade.	800	
6° Frais d'administration	109	20
7° Achat de 150 fr. de rente 3 0/0 . . .	4.047	70
Total.	10.956 fr.	90

Ce nouveau placement de fonds porte le capital acquis, calculé au prix d'achat au chiffre de 78.584 fr. 95 c.

Comprenant les valeurs suivantes :

1.565 fr. de rente 4 1/2 0/0
1.100 fr. de rente 3 0/0

625 fr. 60 c. de 43 obligations du chemin de fer du Midi.

Il faut ajouter pour mention seulement, un capital de 10.000 fr., légué par M. Foville, à toucher ultérieurement.

Les prévisions budgétaires pour l'année 1888 sont établies de la façon suivante :

En caisse au 31 décembre.	4.059 fr.	63
Cotisations.	3 850	»
Souscriptions d'asiles.	2.950	»
Intérêts des capitaux.	3.290	»
Total.	14.149 fr.	63

Conformément à l'article 16 des statuts, on peut disposer sur cette somme d'environ 10.500 fr.

Dans la séance du 30 janvier 1888, le conseil a alloué sur cet exercice les secours suivants :

A cinq veuves et à un fils de membres fondateurs ou sociétaires.	1.950 fr.
A la femme d'un ancien médecin d'asile malade et sociétaire	400
Total.	2.350 fr.

©BIUM

Le solde disponible se trouve être de	8.150	fr.
Sur lequel le conseil a décidé de vous proposer la continuation d'un secours de. . .	600	
que depuis sa fondation l'Association accorde à la veuve d'un médecin attaché au service des aliénés et non sociétaire.		
2° La faculté d'augmenter de	200	
ce secours, si durant l'année le conseil le juge urgent et possible.		
3° Un secours de.	600	
à répartir entre trois veuves d'anciens internes d'asiles.		
Ces différentes sommes versées laissent encore un solde disponible de	6.750	
pour les nécessités du 3e trimestre, qui, suivant toutes probabilités, doivent s'élever à	3.300	
Il resterait donc encore	3.450	

pour les éventualités qui peuvent se présenter.

Telle est, Messieurs, la situation financière de notre œuvre qui est sagement conduite, grâce au zèle, au dévouement de notre trésorier, M. Mitivié.

L'assemblée adopte toutes les propositions soumises à son vote.

Sont nommés membres du Conseil pour trois années : MM. Mesnet, Rousselin, Giraud, Semelaigne et Goujon, enfin MM. Napias et Donnet, en remplacement de MM. Foville et Bigot, décédés.

Le bureau est ainsi composé pour l'année 1888 :
Président, M. Baillarger ;
Vice-Président, M. Blanche;
Trésorier, M. Mitivié ;
Secrétaire, M. Bouchereau.

La séance est levée à quatre heures.

Bouchereau.

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

— L'Académie de médecine, dans sa séance du 8 mai 1888, a élu membres correspondants nationaux dans la première division (Médecine), MM. les Drs Mordret, médecin en chef de l'asile du Mans, et Pierret, médecin en chef de l'asile de Bron, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de Lyon.

— *Arrêté du 2 mai* 1888 : M. le Dr Lallemant, ancien interne des asiles de la Seine, est nommé médecin adjoint de l'asile de Lafond (Charente-Inférieure), en remplacement de M. Ramadier, et placé dans la 2e classe de son grade (2,500 fr.).

— *Arrêté du 24 mai* 1888 : M. le Dr Dubuisson, médecin adjoint de l'asile Sainte-Anne, est nommé médecin en chef du même asile, en remplacement de M. le Dr Dagonet, admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé médecin en chef honoraire des asiles de la Seine. M. Dubuisson est placé dans la 3e classe de son grade (5,000 fr.) ;

M. le Dr Jules Dagonet est nommé médecin adjoint de l'asile Sainte-Anne, en remplacement de M. le Dr Dubuisson, et placé dans la 2e classe de son grade (2,500 fr.).

NÉCROLOGIE

Dr Jules Fournet. — La Société médico-psychologique vient de perdre un de ses membres honoraires ; le Dr Jules Fournet est mort à Versailles, le 8 mai dernier, âgé de soixante-seize ans. Notre regretté collègue avait eu des débuts brillants dans la carrière médicale : il avait été reçu le troisième à l'internat des hôpitaux de Paris en 1833, la même année que Béhier, Roger, etc. ; en 1837, il obtint la médaille d'or des hôpitaux et, peu après, devint lauréat de la Faculté de médecine. Il s'occupa d'abord, et avec succès, des affections des organes respiratoires et publia sur ces maladies des ouvrages très estimés. Mais il ne suivit pas longtemps cette voie ; il abandonna même complètement la pratique médicale pour se livrer exclusivement à des travaux de philosophie médicale. On lui doit sur ce sujet de nombreux mémoires dont plusieurs ont paru dans les *Annales médico-psychologiques ;* nous citerons particulièrement les suivants : « Le traitement moral de l'alié-

©BIUM

nation soit morale, soit mentale, a son principe et un modèle dans la famile »; « Etude psychologique et philosophique sur l'imagination »; « Insanités précursives de la folie », etc.

Le Dr Fournet était l'un des membres les plus assidus de la Société médico-psychologique; il y prenait volontiers la parole, en particulier sur les questions de psychologie et de philosophie. Toutes ses communications, entre autres celles sur le matérialisme et le spiritualisme, sur la folie avec conscience, sur l'agoraphobie, etc., se font remarquer surtout par l'abondance, la facilité d'élocution, l'ingéniosité de la pensée; mais on est frappé combien, en ces matières si difficiles, notre confrère observateur cependant si précis dans les affections pulmonaires, ainsi que le prouvent ses travaux, se paie si aisément de mots et donne libre cours à une sorte de subjectivisme qui, s'il faisait école, aurait pour résultat de faire de l'aliénation mentale une annexe de la métaphysique.

Le Dr Fournet était un collègue d'une urbanité parfaite, qui ne laisse au milieu de nous que des sympathies pour sa personne, son savoir et ses convictions profondes.

LA REVISION DE LA LOI DE 1838 A LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS

Les bureaux de la Chambre des députés se sont réunis le mardi 5 juin pour nommer la Commission chargée d'examiner le projet de loi adopté par le Sénat, revisant la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. Ont été nommés membres de cette commission : MM. Barrière, Bernard, Bourneville, Camescasse, Chevandier, Chauvel, Cochery, Ducoudray, Lesouef, Salis, Suquet. La Commission s'est réunie le 8 juin et a maintenu à titre définitif le Président et le secrétaire d'âge, M. le Dr Chevandier et M. Cochery.

CONCOURS POUR LE CLINICAT DES MALADIES MENTALES

Un concours pour les emplois vacants de chef de clinique des maladies mentales s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 9 juillet 1888, à neuf heures du matin. Il sera pourvu à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet 1888. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de midi à trois heures.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de trente-quatre ans au jour d'ouverture du concours. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin

©BIUM

ou de chirurgien des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie. Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

PROCÈS EN VIOLATION DU SECRET PROFESSIONNEL. — CONDAMNATION D'UN MÉDECIN ALIÉNISTE (*suite*).

Sous ce titre nous avons publié dans notre dernier numéro (p. 520) le résumé du procès fait au Dr R..., et sa condamnation à 200 francs d'amende et 2,000 francs de dommages-intérêts. Notre confrère ayant fait appel, la Cour de Besançon a rendu l'arrêt suivant, le 23 mai 1888 :

Considérant que la plaignante a été transférée le 31 mai 1887 de l'asile départemental du Jura dans la maison de santé du prévenu ; qu'elle s'en est évadée quelques jours après ; que, dans le courant du mois de septembre suivant, le prévenu faisait imprimer sous le titre : *Une observation de manie raisonnante*, une brochure dont les exemplaires, au nombre de huit cents, ont été presque tous distribués ; que, de son aveu, la plaignante est le sujet dont il s'agit dans cette observation ; que celle-ci y est désignée, d'ailleurs, de la manière la plus claire par un très grand nombre de détails et notamment par l'initiale du nom de son mari et par les fonctions que M. X... a remplies à Clermont-Ferrand et par celles qu'il remplit à Besançon ;

Considérant que les conclusions de cet écrit sont que Mme X... est dangereuse et irresponsable et qu'elle doit être internée ; que pour justifier ses conclusions, l'auteur invoque et reproduit tout à la fois (p. 27) les constatations qu'il a faites personnellement sur sa pensionnaire, et dans la plus grande partie des trente et une autres pages de la brochure, des faits plus anciens et puisés à diverses sources ; qu'il n'y a pas lieu de rechercher avec les parties en cause si ces faits sont ou ne sont pas certains et si le prévenu en a retiré ou non de justes conséquences ; qu'il suffit de savoir si ces faits ont été portés à sa connaissance en sa qualité de médecin de la dame X... ;

Considérant, à cet égard, que si le dossier des pièces tendant à établir ces faits n'a été complété que depuis que la dame X... a quitté la maison du prévenu, il résulte de la déposition du mari qu'au moment de l'internement de sa femme, il avait renseigné de vive voix le directeur sur ces divers faits, et de la déclaration même de ce dernier (p. 26), que la translation de la dame X... avait été accompagnée d'un certificat du docteur de l'établissement départemental, et que ce certificat, dont il reproduit textuellement la première partie où se trouve exprimée l'opinion du docteur B.. sur l'état mental de la dame X...,

©BIUM

contenait le récit des principaux faits de délire ou de persécution cités par la brochure ;

Considérant, quant à ces faits, que, fussent-ils déjà connus de quelques personnes, le prévenu ne les a connus que par la confidence de la famille ou de l'homme de l'art qui avait donné les premiers soins au sujet, et quant aux autres, que les observations du médecin sur la personne de sa pensionnaire et de la maladie dont, à tort ou à raison, il a cru reconnaître l'existence, étaient secrètes de leur nature ;

Qu'en portant ces faits à la connaissance du public, le prévenu s'est rendu coupable du délit prévu et puni par l'article 378 du Code pénal ;

Sur l'application de la peine ;

Considérant que le prévenu se prévaut en vain, pour justifier et excuser cette révélation, de l'intérêt de la science, la science n'ayant aucun intérêt à connaître le nom du sujet ; ou de son intérêt personnel, aucune attaque n'ayant été dirigée contre lui pour détention arbitraire ; ou de l'intérêt de la justice, qui ne lui avait fait aucun appel ; qu'on ne peut voir d'autre mobile de la conduite du prévenu que le désir de se signaler à l'attention publique, ou mieux encore de seconder le sieur X... dans le procès alors pendant devant le tribunal de Dôle entre celui-ci et sa femme, demandant qu'il fût déclaré qu'elle était libre et qu'elle ne serait pas internée à nouveau ;

Considérant qu'à raison de ces circonstances la peine prononcée par les premiers juges n'est pas en rapport avec la gravité du délit, et qu'il y a lieu d'accueillir l'appel du ministère public ;

Sur les dommages-intérêts :

Considérant que tout en portant une grave atteinte aux intérêts du prévenu, l'insertion du jugement ou de l'arrêt dans les journaux ne serait pas de nature à réparer le préjudice causé à la plaignante ; que la somme allouée par les premiers juges est suffisante ; qu'il y a lieu toutefois de laisser au besoin, à titre de supplément de dommages-intérêts, les entiers dépens d'appel à la charge du prévenu ;

Par ces motifs,

La Cour confirme le jugement de 1re instance sur la déclaration de culpabilité, élève à 500 fr. la peine de 200 fr. d'amende prononcée par les premiers juges ; dit n'y avoir lieu à ordonner l'insertion du jugement et de l'arrêt ; maintient le chiffre de 2,000 fr. de dommages-intérêts, etc.

UNE VISION AUTHENTIQUE

Sous ce titre, le *Temps* rapporte dans son numéro du samedi 12 mai 1888, le récit suivant, communiqué à la *Leisure Hour*

©BIUM

par un médecin de Londres. On verra qu'il s'agit en réalité d'une de ces hallucinations hypnagogiques, si bien décrites par Baillarger, Maury et autres médecins aliénistes :

« Il y a deux jours, rapporte notre confrère anglais, j'ai été le sujet d'une illusion spectrale que je crois utile de noter exactement.

« La chose s'est produite en plein jour, dans ma bibliothèque. C'est une pièce d'environ 7 mètres carrés, éclairée au nord par deux fenêtres. Le fauteuil où je m'assois pour lire tourne le dos à une de ces fenêtres, à gauche de la cheminée. En face de ce fauteuil se trouve un petit casier à livres, dont le sommet est à peu près au niveau de mes yeux quand je suis assis. Le mur qui fait face à la cheminée est occupé par des casiers plus larges et plus hauts, fixés à une cloison qui sépare la pièce du couloir conduisant à la porte de la rue. Le bruit des coups de sonnette ou de marteau y arrive donc beaucoup plus distinctement qu'il n'est utile ou agréable.

« Entre onze heures et midi, je lisais dans mon fauteuil quand je me sentis envahi par le sommeil, contre toute habitude à cette heure, et je me laissai aller à la tentation. Je ne tardai pas à devenir inconscient, car il ne s'agissait pas là d'un simple assoupissement passager : combien de temps je restai dans cet état, c'est ce que je ne puis dire avec certitude ; je sais seulement que ce temps ne pouvait guère avoir dépassé dix ou quinze minutes, quand je fus réveillé en sursaut par le double coup de marteau, si familier et si net, du facteur de la poste.

« En ouvrant les yeux, je vis devant moi, debout sur le tapis du foyer un homme qui me regardait, et qui m'était inconnu. Il pouvait avoir trente ans ; c'était un personnage au type juif, à la taille élancée, vêtu d'une redingote sombre et un peu large, qui semblait de coupe exotique ; il avait pour coiffure un chapeau haut de forme évasé par la partie supérieure, comme le chapeau gallois. Son teint était brun, ses traits allongés et son nez aquilin ; ses sourcils n'étaient pas épais, mais bien arqués et noirs comme sa moustache et sa barbe peu abondante.

« Je restai quelques instants à le contempler en me disant : « C'est un juif. » Mais je ne m'arrêtai pas d'emblée à cette conclusion, et dans cette sorte de doute, je murmurais, toujours mentalement : « Qui êtes-vous donc ? que me voulez-vous ? »

« Au moment même où je me posais ces questions, un sourire légèrement ironique passa sur les lèvres du spectre. Il se raréfia aussitôt, de telle sorte que je voyais distinctement à travers son corps le casier placé derrière lui. L'instant d'après, l'apparition avait disparu, et je me retrouvais les yeux fixés sur la rangée de livres supérieure du casier.

©BIUM

« Mon intention n'est pas de donner une théorie des illusions des sens en général, ou une explication de celle-ci en particulier. Pour mieux dire, je n'en ai d'aucune sorte, et je me contenterai d'ajouter quelques détails spécifiques pour les personnes qui seraient tentées de raisonner sur mon cas. D'abord, je dois déclarer que je n'éprouvais aucune espèce de trouble ou d'émotion. Je n'avais senti, en me réveillant, rien de pareil à l'angoisse physique et morale qui accompagne habituellement un cauchemar. Hors du sursaut causé par le double coup de marteau du facteur, je n'avais pas conscience de la moindre commotion. Je n'étais ni effrayé, ni étonné, ni contrarié, mais simplement curieux de savoir qui pouvait être mon visiteur et comment il avait pénétré chez moi. Son apparition revêtait le caractère d'un phénomène isolé et sans aucun lien apparent, soit avec une pensée antérieure, soit même avec un rêve ou un fragment de rêve. Immédiatement après la disparition du spectre, je me retrouvai en pleine possession de mes facultés. Je n'éprouvai ni mal de tête ni sensation anormale quelconque. Je me dis à l'instant que je venais d'être le sujet d'une illusion et je commençai aussitôt d'analyser les circonstances du phénomène. Puis, retrouvant mon livre sur mes genoux, je remis à plus tard cette enquête et je poursuivis ma lecture où je l'avais laissée, sans avoir à constater la moindre altération de mes facultés visuelles.

« Cette lecture n'était en aucune façon, d'ailleurs, de nature à m'emporter dans les régions du rêve ou de la féerie : c'était un article du duc d'Argyll sur la philosophie d'Herbert Spencer. D'autre part, ma santé ne laisse rien à désirer et je n'éprouvais ni migraine, ni mal d'estomac, ni excitation ou dépression nerveuse. Peut-être n'avais-je pas dormi la nuit précédente aussi longtemps qu'il aurait fallu ; mais je ne me connaissais aucun sujet de préoccupation ou d'inquiétude. Quant aux juifs, à leurs faits et gestes ou à leur histoire, je ne m'en étais nullement occupé. Je n'ai pas souvenir d'avoir jamais vu personne qui ressemblât à mon spectre.

« A la vérité, on ne se rappelle pas toujours au réveil le sujet d'un rêve d'où l'on sort à l'instant. Mais si cette apparition avait fait partie d'un rêve, elle est si présente à mon souvenir que j'aurais dû, ce semble, la rattacher d'une façon quelconque à ce qui l'avait précédée. Or, il n'en était nullement ainsi. Ma vision est restée parfaitement distincte et isolée de toute circonstance antérieure, et, depuis qu'elle s'est produite, rien n'est venu jeter la moindre lueur sur le problème. Sans avoir regardé l'heure avant de m'endormir, je crois pouvoir affirmer que toute l'affaire n'avait pas duré dix minutes.

©BIUM

« Peut-être sera-t-on disposé à la considérer simplement comme un rêve. Ce n'est pas mon sentiment. J'avais été réveillé par le double coup de marteau et, parfaitement conscient de ce fait, j'ouvrais les yeux, quand j'aperçus mon spectre. La question des rêves et des images mentales est encore si mystérieuse que je ne hasarde à ce sujet aucune opinion, me contentant de noter au passage un fait authentique et qui pourra peut-être aider à résoudre le problème. »

FAITS DIVERS

Conseil supérieur de l'assistance publique. — Le Conseil supérieur de l'assistance publique, institué par arrêté en date du 14 avril dernier, s'est réuni pour la première fois le mercredi 13 juin 1888, sous la présidence de M. Ch. Floquet, président du Conseil des ministres et ministre de l'Intérieur.

Après un discours de M. Floquet et un exposé des questions à étudier, fait par M. Ch.-Henri Monod, directeur de l'assistance publique au ministère de l'Intérieur, le Conseil a élu son bureau. M. le Dr Th. Roussel a été élu vice-président et M. le Dr A.-J. Martin, secrétaire.

Pour faciliter ses travaux, le Conseil s'est subdivisé en quatre sections, dont la quatrième, chargée de l'étude des questions relatives aux *aliénés*, dépôts de mendicité et monts-de-piété, a ainsi constitué son bureau : président, M. Hippolyte Maze, sénateur; secrétaire, M. Paul Strauss, conseiller municipal; secrétaire adjoint (nommé par le ministre), M. le Dr Pichon.

Angleterre. — Un incendie, occasionné par la foudre, a détruit une partie de l'asile d'aliénés situé près de Cupar, dans le comté de Five. Les pertes sont évaluées à 50,000 fr.

La passion du chloroforme. — Le Dr Danfort Thomas a fait le 7 mai dernier, à l'amphithéâtre de l'hôpital d'Holborn (Etats-Unis), l'autopsie d'une dame, âgée de quarante-deux ans, femme d'un médecin, et dont la mort était due à la passion du chloroforme. Cette passion était si violente et si irrésistible qu'une personne, appartenant au monde médical et qui l'a suivie de près pendant ces dix dernières années, appelait cette dame « la plus grande absorbeuse de chloroforme du monde »; on l'a vue en absorber jusqu'à un demi-litre par jour.

(*Le Bulletin médical*, n° du 17 juin 1888.)

Pour les articles non signés : Ant. Ritti.

Paris.— Impr. G. Rougier et Cie, rue Cassette, 1.

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Chronique.

Philippe Pinel et son œuvre au point de vue de la médecine mentale. — L'emprisonnement cellulaire est-il cause de folie? — Du vertige des fumeurs. — Des gastrorrhagies dans la paralysie générale. — Pathogénie et traitement de l'épilepsie. — *Histoire de la philosophie en France au* XIX^e^ *siècle*, par M. Ferraz.

La nombreuse assistance qui applaudissait les discours prononcés, le 13 juillet 1885, devant la statue de Pinel, eût certainement été profondément étonnée si, à la fin de la cérémonie, un médecin, se faisant en quelque sorte l'avocat du diable, avait demandé la parole et tenu à peu près ce langage :

« Messieurs, veuillez excuser ma brutale franchise ; mais tout ce que vous venez d'entendre est pure légende. Pinel n'est pas ce que vous pensez : en médecine mentale, il n'a rien découvert ; comme bienfaiteur des aliénés, il a été très surfait. Si je me permets ces deux assertions qui froissent toutes les idées reçues, c'est que

©BIUM

j'ai la main pleine de preuves qui démontrent leur exactitude. Consultez, en effet, ce catalogue que j'ai établi avec soin, de la littérature psychiatrique depuis Van Helmont jusqu'au commencement de ce siècle, vous y trouverez plus de soixante auteurs, allemands, anglais, italiens et même français, qui ont écrit doctement sur la matière, bien avant la publication du célèbre *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, d'où vous avez la prétention de faire dater l'ère moderne de la science mentale. Jetez d'autre part les yeux sur cette liste que j'ai dressée à votre intention, de tous les établissements qu'on a créés depuis 1643, dans tous les pays de l'Europe, pour y traiter les aliénés, et vous verrez qu'on n'a pas eu besoin de Pinel pour s'occuper du traitement de ces malheureux et qu'en France même, on n'a pas attendu la révolution de 1789 pour s'intéresser au sort de ces infortunés. Quant à la scène dramatique entre Couthon et Pinel, et à la façon théâtrale avec laquelle ce dernier aurait enlevé les chaînes à ses malades, tout cela est du domaine de la haute fantaisie et n'a aucun fondement historique ; il n'en est fait mention ni dans la littérature des dix premières années de ce siecle, ni dans l'*Histoire de la Révolution française* de M. Thiers, qui, dans ses dix volumes, rapporte cependant tout ce qui concerne cette époque. Mais il y a plus. Non seulement Pinel a peu fait, ou pour être plus exact, n'a pu obtenir que de légères améliorations dans ses services de la Salpêtrière ; mais ce qu'il a fait, n'a guère trouvé d'imitateurs en France, de son vivant du moins. Lisez sur ce point douloureux les rapports d'Esquirol, un disciple de Pinel, et vous verrez dans quelle triste situation se trouvaient les aliénés de longues années encore après la prétendue réforme accomplie par son maître. En réalité, cette réforme, dont on fait honneur à l'illustre médecin de la Salpêtrière, ne date que de la loi

©BIUM

du 30 juin 1838 et c'est elle qui, seule, doit être considérée comme la vraie bienfaitrice des aliénés français. »

Grande eût été la stupéfaction des auditeurs en entendant cette harangue ; mais voyez l'influence de la différence de longitude : ce qui eût certainement provoqué à Paris des murmures et de nombreuses marques de réprobation, a sans doute été applaudi à Berlin. Le discours que nous venons d'imaginer n'est qu'un résumé, aussi exact que possible, d'une communication faite à la Société psychiatrique de cette dernière ville, et, quoique le compte rendu de la séance soit muet sur ce point, nous sommes convaincu que le travail du Dr H. Laehr (1) n'a trouvé aucun contradicteur. Il ne s'est même trouvé aucun membre — le procès-verbal en fait foi — pour relever une erreur de date, reproduite quatre fois et consistant à faire du 24 mai 1798, le jour où Pinel enleva leurs chaînes à une série de malades. Et cependant l'auteur a lu le travail de Scipion Pinel, puisqu'il le cite, et ce travail a pour titre : *Bicêtre en 1792; de l'abolition des chaînes* (in *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. X, p. 31. Paris, 1836). Il est vrai que ce fait de l'abolition des chaînes s'étant passé après la visite de Couthon, on avait plus de facilité, en le plaçant en 1798, quatre ans après la mort du célèbre conventionnel, de faire tomber le tout dans le domaine de la légende.

On se rappelle sans doute une plaquette qui eut en son temps un grand succès de curiosité. *Comme quoi Napoléon n'a jamais existé*, vient de trouver son pendant dans le pamphlet du Dr Laehr, qui pourrait s'intituler : *Comme quoi Pinel n'a rien fait et rien inventé* (2). La

(1) Zur Geschichte der Psychiatrie in der 2 Hälfte des vorigen Jahrhunderts (séance du 15 mars 1887 de la Société psychiatrique de Berlin). In *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, XLIV volume, p. 294 et suiv. Berlin, 1887.

(2) Le Dr Laehr demande une sanction pratique à son travail.

©BIUM

thèse est sans doute originale, et notre confrère de Berlin a mis un certain courage à la soutenir. La réfutation en serait facile ; nous préférons renvoyer aux écrits de Cuvier, de Pariset, d'Esquirol, tous contemporains de Pinel, qui ne seraient pas peu surpris d'apprendre qu'ils ont contribué à l'édification d'une légende ; nous renverrons aussi au travail si consciencieux que vient de publier M. le Dr René Semelaigne (1) et qui nous semble la meilleure réponse à la diatribe du Dr Laehr.

Cette œuvre, d'une lecture très attachante, se divise en trois parties. La première nous raconte la vie si simple, si bien remplie de cet homme de bien, de ce savant distingué, qui a marqué sa trace non seulement dans la médecine mentale, mais encore dans la pathologie générale. La seconde partie est un tableau rapide des progrès de la médecine mentale, depuis l'antiquité jusqu'aux temps modernes, constituant une introduction toute naturelle à l'étude des services rendus par Pinel à la spécialité. Ceux-ci sont suffisamment connus de nos lecteurs ; mais pour ceux qui ne les apprécient pas autant que nous, il nous semble utile de reproduire le passage suivant que M. René Semelaigne emprunte à un auteur allemand, le Dr Friedreich (2), et que nous livrons aux méditations du Dr Laehr : « Les services de « Pinel considéré comme réformateur de la méthode de « traiter les aliénés, sont bien plus considérables qu'au « point de vue de la théorie même des maladies men- « tales. Il doit être regardé parmi les modernes comme

---

Au frontispice de l'asile de Dalldorf, près Berlin, se trouvent quatre médaillons, ceux de Langermann, Ideler, Griesinger et Pinel. A celui-ci qu'on ne saurait considérer comme un inventeur (*Entdecker*) en psychiatrie, il demande qu'on substitue Reil, qui est du moins un Allemand et qui est mort à Berlin.

(1) *Philippe Pinel et son œuvre au point de vue de la médecine mentale*, Paris, 1888.

(2) Lehrbuch einer Literärgeschichte der Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Wurzburg, 1880, p. 442.

©BIUM

« le fondateur d'une méthode adéquate du traitement « moral des fous, méthode déjà exposée plus tôt dans les « écrits des Allemands, mais dont il fit le premier l'ap- « plication. Il brisa les fers et les chaînes des aliénés, les « traita avec humanité, fraternellement. Son influence « s'étendit si loin que toute l'Europe rougit du traite- « ment inhumain des aliénés. C'est ainsi qu'il fut le « sauveur, non seulement de ceux qui se trouvaient « internés dans l'asile dont il était le chef, mais encore « de tous les autres qui, jusqu'à lui, avaient langui dans « les chaînes. »

M. R. Semelaigne fait quelques réserves sur ce jugement, en somme si favorable, du professeur du Wurzbourg; il le trouve « entaché de partialité au point de vue international ». « Que Pinel, ajoute-t-il, ait profité des auteurs Anglais antérieurs et contemporains, qui voudrait le contester? Qu'il ait mis à contribution les Allemands, dont les écrits étaient bien moins répandus, il y a peu d'apparence. Pourquoi les Allemands s'empressaient-ils de traduire les ouvrages et opuscules anglais concernant la folie? Peut-être parce que la littérature médicale allemande n'était pas riche dans l'espèce en dehors des thèses doctorales des universités, notamment de celles de Halle et de Gœttingue. C'est beaucoup d'avoir reconnu que le vrai réformateur fut celui qui réalisa la réforme par sa propre initiative avec l'autorité qui vient de l'expérience, d'abord à Bicêtre, puis à la Salpêtrière. Pinel fut, à la lettre, le libérateur des fous, et nul n'a mieux mérité d'eux depuis Jean de Wier. Il est douteux que Pinel ait rien emprunté aux Allemands, tant au point de vue thérapeutique qu'à l'égard du régime intérieur des asiles. D'autres avaient signalé les abus et indiqué les réformes, Pinel eut la gloire de travailler avec fruit à la suppression des uns et à la réalisation des autres. » (p. 196.)

©BIUM

Nous ne quitterons pas cette excellente monographie sur la vie et l'œuvre de Pinel, sans féliciter l'auteur de son œuvre de début, aussi bien conçue qu'écrite avec élégance ; nous le remercions aussi de la correspondance, si intéressante à bien des égards, qu'il a publiée à la fin du volume ; avec le portrait de l'illustre aliéniste et un fac-similé de son écriture, elle forme un utile complément du texte et permet de se faire une juste idée de celui que Dupuytren comparait volontiers à un sage de la Grèce.

L'emprisonnement cellulaire est-il cause de folie ? A cette question tant controversée nous répondions par la négative dans notre *Chronique* du numéro de mai 1888, en nous fondant sur les statistiques officielles de notre pays. Nous faisions observer, il est vrai, qu'en France on ne faisait subir que la cellule à courte durée, et qu'il serait important de connaître les résultats observés dans les pays où existe l'emprisonnement cellulaire à durée prolongée. M. le Dr Aug. Voisin s'est chargé de faire une enquête sérieuse sur cette question ; il a pris pour champ d'observation la Belgique et, dans un mémoire communiqué à l'Académie de médecine (séance du 1er mai 1888), il a démontré combien sont vaines et exagérées les assertions des adversaires du système de la cellule à longue durée.

Ainsi, dans la prison de Louvain, qui contient 596 cellules, il y a eu, depuis octobre 1860, 34 suicides ; cette proportion serait moindre que dans les prisons en commun. Quoique dans les prisons cellulaires de Belgique les prisonniers soient détenus souvent dix ans et même davantage, plus de la moitié de ces suicides ont eu lieu dans la première année de la détention. D'autre part, pour la même période d'années, il y eut 30 cas d'aliénation mentale. M. Aug. Voisin fait remarquer

©BIUM

que la plupart de ces aliénés et de ces suicidés étaient des héréditaires, qui, lors de leur entrée en prison, présentaient des prédispositions morbides, des antécédents cérébraux.

C'est la conclusion à laquelle sont arrivés tous les médecins aliénistes qui se sont occupés de la question. Celle-ci nous paraît donc jugée ; l'emprisonnement cellulaire, qu'il soit à courte ou à longue durée, ne produit pas nécessairement des *fous*, comme l'en accuse une philanthropie mal éclairée. Tel est aussi l'avis de la commission de l'Académie de médecine, chargée de faire un rapport sur le mémoire de M. Aug. Voisin, et dont M. Lagneau s'est fait l'interprète dans la séance du 26 juin 1888.

« Le tabac détruit le corps, attaque l'intelligence et hébète les nations. » Cette phrase de Balzac, de même que tous les aphorismes, n'est vraie qu'en partie ; mais elle est très bien trouvée, comme épigraphe du *Journal de la Société contre l'abus du tabac*. M. le Dr E. Decaisne pourrait la mettre en tête des travaux qu'il a publiés sur les troubles de la circulation et autres accidents tabagiques qu'il a étudiés avec soin. Plus récemment, il a lu à l'Académie de médecine (séance du 17 avril 1888) un mémoire sur le *vertige des fumeurs* (1).

Voici d'abord en quoi consiste cet état vertigineux dû à l'abus du tabac : « Le malade empoisonné éprouve un sentiment de vide extrême ; il lui semble qu'il va perdre entièrement connaissance. Étranger à tout ce qui se passe autour de lui, il fait les plus grands efforts pour fixer ses idées qui s'échappent, et il ne peut y parvenir. Pendant ce temps, les mouvements sont incohérents,

(1) Voir *Journal de la Société contre l'abus du tabac*, nº de juin 1888, p. 151.

©BIUM

les organes des sens subissent les impressions les plus trompeuses. Tout semble tourner autour de lui, et s'il ferme les yeux, son ouïe, tout son corps éprouvent la sensation de tournoiement. »

Sur les 63 sujets de vingt-neuf à soixante-six ans, observés par M. le Dr Decaisne, 49 étaient âgés de cinquante à soixante-six ans. Plus de la moitié présentaient en outre des troubles digestifs, des alternatives de constipation et de diarrhée, de la dyspnée, une sécrétion urinaire exagérée et des sueurs plus ou moins abondantes, de l'insomnie, des palpitations. Un tiers, des intermittences du pouls et de l'angine granuleuse ; quelques-uns de l'emphysème, des aphtes, de l'amblyopie, des crachements de sang. 37 de ces observations se rapportent à des fumeurs à jeun chez qui le vertige se produisait presque toujours le matin. L'apparition des vertiges coïncidait pour le tiers des cas avec la suppression des sueurs profuses et la diminution marquée de la sécrétion urinaire. Quelquefois les symptômes du vertige des fumeurs ont été confondus avec ceux de la congestion cérébrale et même des maladies du cœur. En effet, 8 des sujets soumis à l'observation de notre savant confrère, ont été traités par suite d'une erreur de diagnostic, à Paris ou en province, pour des congestions cérébrales ou des affections cardiaques et soumis aux saignées, aux purgatifs répétés, à la digitale, aux vésicatoires pendant un temps plus ou moins long, avec aggravation considérable de leur état.

Le traitement général du vertige des fumeurs qui a été toujours employé avec succès a consisté dans la suppression absolue du tabac, et dans quelques cas dans la réglementation de l'habitude. Il y faut ajouter presque toujours quelques laxatifs, des bains tièdes, de la magnésie, des amers. En faisant aux malades en plein vertige des injections hypodermiques d'éther, on arrive à

©BIUM

faire cesser le tournoiement en quelques minutes. Enfin, sur 37 sujets qui fumaient à jeun, 33 ont vu disparaître les vertiges en ne fumant qu'après avoir mangé.

M. le Dr Lagneau, chargé par une commission de l'Académie de faire un rapport sur le travail de M. Decaisne, se demande (séance du 15 mai 1888) si ce vertige des fumeurs tient, ainsi que le pense celui-ci, à l'action de la nicotine sur le système nerveux, amenant le resserrement des vaisseaux encéphaliques ; ou bien s'il ne serait pas dû plutôt, comme paraît le penser M. Laborde, à l'absorption et à la fixation sur l'hémoglobine de l'oxyde de carbone résultant de la combustion du tabac, ainsi que pourraient le faire admettre des expériences de M. Gréhant. Entre ces deux hypothèses, l'honorable rapporteur ne prend pas parti ; nous imiterons sa sage réserve.

Les savants aliénistes français du commencement du siècle, qui créèrent la paralysie générale, eurent l'occasion de constater dans leurs nombreuses autopsies la fréquence, chez les malades atteints de cette affection, de congestions et d'hémorrhagies dans l'estomac et les intestins. Dans ce chef-d'œuvre d'observation médicale, dû à la plume de Bayle (*Traité des maladies du cerveau et de ses membranes*, Paris 1826), on lit, à la page 483 : « Dans l'estomac ces lésions consistent en des plaques « rosées, rouges, brunâtres, qui le plus souvent sont « parsemées çà et là sur la membrane muqueuse, et « dans l'intervalle desquelles cette membrane a sa cou- « leur naturelle ; d'autres fois, cette rougeur s'étend à « la moitié pylorique ou à la moitié cardiaque du ven- « tricule, ou même à sa cavité entière. Elle présente « ordinairement des nuances variées ; quelquefois cepen- « dant elle est à peu près égale dans toute l'étendue de « la cavité gastrique. » Il suffit de feuilleter les ou-

©BIUM

vrages si riches de faits de M. le Dr Calmeil, pour se convaincre que ces lésions n'avaient pas non plus échappé à l'observation si sagace de cet éminent maître.

Les relations pouvant exister entre ces troubles des muqueuses gastrique et intestinale et les lésions cérébrales de la paralysie générale, ne devaient frapper qu'après les expériences de Schiff, qui vit se produire dans l'estomac une infiltration hémorrhagique et du ramollissement après la section de la couche optique et du pédoncule cérébral, et après celles aussi concluantes d'Ebstein, de Brown-Séquard, etc. (1). Mais quelque intérêt que présente ce point de doctrine, il y a le fait clinique en lui-même qui a son importance et qui mérite d'être étudié. M. le Dr Rigobert Pohl, assistant de M. le professeur Arn. Pick, à la clinique psychiatrique de Prague, vient de lui consacrer une courte note (2) avec trois faits nouveaux très concluants.

Dans le premier, il s'agit d'un paralytique général, âgé de quarante-un ans, qui fut pris la veille de sa mort d'un vomissement sanguinolent et qui mourut deux heures après une forte hématémèse. A l'autopsie, on trouva outre les lésions cérébrales ordinaires, des ecchymoses et des érosions hémorrhagiques dans l'estomac. — Le deuxième cas est celui d'un paralytique de trente-sept ans, qui, huit jours avant sa mort, à la fin d'une attaque épileptiforme, vomit des matières couleur marc de café, d'une réaction très acide. A l'autopsie, on constata l'existence dans l'estomac d'érosions hémorrhagiques. — La dernière observation, enfin, concerne un malade de cinquante-sept ans, qui depuis de longues

(1) Voir sur cette question l'ouvrage de Mendel, *Die progressive Paralyse der Irren.* Berlin, 1880, p. 200.

(2) *Ueber Magenblutungen in der progressiven Paralyse* (Des gastrorrhagies dans la paralysie générale). In *Prager Medic. Wochenschrift*, 1888, n° 13.

©BIUM

années souffrait de coliques, de diarrhées, de gastralgies, etc., lorsqu'il fit une chute, dont les suites le retinrent au lit durant trois mois. Les symptômes de la paralysie générale se développèrent consécutivement. La veille de sa mort, ce malade, qui était tuberculeux, rendit une mare de sang, en partie spumeux et en partie coagulé. L'autopsie fit découvrir à la fois des lésions tuberculeuses et un ulcère rond de l'estomac.

Si donc les gastrorrhagies ne sont pas très fréquentes dans la paralysie générale, dit en terminant M. Pohl, on est cependant sûr de trouver presque toujours une lésion anatomique pour les expliquer. Celle-ci se présente le plus ordinairement sous la forme de petites érosions, qui rarement atteignent la grandeur et la condition d'un ulcère.

Dans un récent article du *Progrès médical* (n° du 21 avril 1888), notre savant collaborateur M. le Dr Lemoine étudiait la question si controversée de la pathogénie de l'épilepsie. Il se rallie à l'idée déjà émise par M. Marie (in *Progrès médical*, 1887), qu'il existe une relation entre certains états infectieux et le développement de l'épilepsie ; pour lui, « dans un très grand nombre de cas ce sont des foyers infectieux disséminés dans les centres nerveux qui sont la cause première des convulsions épileptiques et c'est à leur action destructive exercée sur les centres trophiques qu'il faut rattacher quelques-unes des malformations qui se voient sur un certain nombre de sujets épileptiques. » L'épilepsie héréditaire n'existe ni pour M. Marie, ni pour M. G. Lemoine. L'hérédité nerveuse joue sans doute un rôle, mais uniquement celui de cause prédisposante ; on ne saurait, en effet, nier « qu'une lésion survenant dans le système nerveux d'un individu appartenant à une famille de névropathes déterminera plus facilement une

©BIUM

affection nerveuse que si elle se produit chez un individu indemne de toute tare héréditaire ».

Quoi qu'il en soit de ces idées qu'il appartient à l'observation clinique de contrôler, il est certain que la pathogénie est la base la plus sûre du traitement de l'épilepsie ; c'est dans certaines formes de cette affection qu'est surtout applicable le vieil axiome thérapeutique : *Sublatâ causâ, tollitur effectus* ; c'est en présence des états convulsifs qu'il faut sans cesse se rappeler qu'on n'a pas affaire à une maladie *une*, pouvant être vaincue par un médicament spécifique, et qu'il est indispensable de bien se rendre compte de la cause avant d'instituer le traitement. Ce sont là des principes qui semblent de plus en plus en honneur, ainsi que le prouvent de récents travaux et des communications faites aux sociétés savantes.

On sait le bruit qu'a fait naguère l'antipyrine ; parmi les nombreuses affections nerveuses qu'il guérissait, devait se trouver nécessairement l'épilepsie. On crut même à un moment être en possession d'un nouveau spécifique de cette terrible maladie. Il fallut en rabattre. Des cliniciens consciencieux, en expérimentant le nouveau médicament, constatèrent qu'il réussit dans certains cas, mais non dans tous. M. G. Lemoine, qui l'essaya surtout sur des femmes, n'obtint de bons résultats que chez les malades rentrant dans l'une des catégories suivantes :

1° Les épileptiques dont les accès sont influencés par la menstruation ;

2° Les épileptiques qui n'ont que des accès larvés ;

3° Les épileptiques migraineux.

Une dose journalière de 2 gr. suffit dans la majorité des cas, et son emploi peut être prolongé pendant fort longtemps sans aucun danger. Contrairement à la médication bromurée, il n'y a aucun avantage à continuer le

©BIUM

traitement par l'antipyrine sans interruption, le malade s'habituant au médicament qui finit par ne plus agir; mieux vaut ne s'en servir que lorsqu'on prévoit qu'une période de crises va survenir.

Dans une revue générale très bien faite, sur l'*épilepsie Jacksonnienne* (in *Gazette des hôpitaux*, n° du 28 avril 1888), M. le Dr Paul Berbez, chef de clinique adjoint à la Salpêtrière, fait ressortir l'influence du traitement chirurgical dans cette forme d'épilepsie : la trépanation doit être appliquée dans tous les cas de traumatismes récents du crâne, quand il y a enfoncement de fragments osseux dans la substance cérébrale, ou même simplement quand la compression, sans déchirure des tissus, est effectuée par un fragment osseux ou par un épanchement sanguin intracrânien. Il est évident que la même opération s'impose, quand il s'agit d'un abcès intra-crânien. Grâce à l'antisepsie, les succès de pareilles opérations ne se comptent plus; nous n'en voulons pour preuve que les communications faites récemment à la Société de chirurgie (séances des 6 et 13 juin 1888) par MM. Lucas-Championnière, Quenu, Reclus et Trélat. Mais dans tous ces cas, il s'agit généralement d'opérations faites dans la région des centres psychomoteurs, sauf toutefois le fait cité par M. Reclus et qui concerne un malade dont notre collègue M. Ch. Féré a rapporté l'histoire à la Société médicale des hôpitaux (séance du 24 février 1888). Il s'agit d'un individu, âgé de trente-six ans, qui fut pris, six mois après une blessure à la tête par un éclat d'obus, d'un premier accès convulsif avec perte de connaissance. Pendant les dix-huit mois qui suivirent, aucune manifestation épileptiforme; mais depuis lors, se produisirent à des intervalles variés des accidents vertigineux et convulsifs. Placé à Bicêtre, ce malade y présente en moyenne deux accès par mois et autant de vertiges. On constate, chez

©BIUM

lui, sur la partie médiane de la région frontale, une cicatrice irrégulière de 8 centimètres de long avec des ramifications en divers sens, dont la direction générale est oblique de gauche à droite et d'arrière en avant. L'exploration de cette cicatrice est rendue impossible par cette circonstance que chaque fois que l'on presse à ce niveau, il se produit une attaque ou au moins un vertige. Le traitement bromuré n'ayant donné aucun résultat, M. Ch. Féré se décida à recourir à la trépanation. L'opération, sur laquelle nous ne saurions nous étendre, fut faite avec succès par M. Reclus, et réussit complètement. Depuis lors le malade, malgré un excès de boisson, n'a plus eu aucune crise épileptique.

Cette intéressante observation permet, avec raison, à M. Féré de faire remarquer « qu'une plaie de tête, située en dehors de la région psycho-motrice, peut déterminer, comme toute autre lésion périphérique, des phénomènes d'épilepsie vulgaire. Lorsqu'on s'est assuré que ces phénomènes n'affectent pas les caractères de l'épilepsie partielle, on peut intervenir sans se préoccuper des centres psycho-moteurs, et l'opération chirurgicale peut amener la guérison, soit en enlevant une cause organique d'irritation, soit en produisant une excitation qui modifie profondément l'état dynamique du système nerveux ».

Parmi les innombrables traitements qui ont été appliqués au mal comitial et dont notre vénéré maître, M. Delasiauve, a donné la liste dans son *Traité de l'épilepsie* (Paris, 1854), se trouve celui par le cautère actuel. Voici ce qu'il en dit (p. 341) : « C'est presque toujours sur la tête qu'on l'applique. Valentin mentionne quelques guérisons obtenues par ce procédé. Charles Pison dut un succès à des eschares ainsi produites sur le sommet du crâne. Makren fit cesser une épilepsie dans l'espace

©BIUM

de six jours, en brûlant cette partie jusqu'à l'os, à la jonction des sutures sagittale et coronale. M. Le Breton, ayant, dans un cas, pratiqué sur le sinciput plusieurs cautérisations superficielles, les attaques, qui d'habitude étaient quotidiennes, restèrent trois mois sans reparaître, à l'exception d'une crise légère déterminée par une émotion. »

M. Ch. Féré a appliqué ce mode de traitement sur dix malades de son service de Bicêtre, et a fait connaître les résultats obtenus dans une communication faite à la Société médicale des hôpitaux (séance du 23 mars 1888). Tous ces malades présentent un certain degré d'hémiplégie due à une affection cérébrale qui avait précédé le début des manifestations convulsives. Ils peuvent être divisés en deux catégories : chez les uns, la convulsion présente tous les caractères de l'épilepsie jacksonnienne ; chez les autres il s'agit de l'épilepsie vulgaire, sans prédominance locale des convulsions. Dans tous ces cas, la procédé de révulsion appliqué a consisté en pointes de feu légères n'entraînant jamais la suppuration, au nombre de dix ou quinze, renouvelées tous les deux ou trois jours dans la région du cuir chevelu correspondant à la région dite psycho-motrice. La diminution plus ou moins grande du nombre des accès a été obtenue chez huit malades ; l'un d'entre eux même a vu son état s'améliorer rapidement et pendant cinq mois, n'a plus eu un seul accès, alors qu'il en présentait deux par mois avant le commencement du traitement.

On voit, par les quelques faits que nous venons de présenter, que la thérapeutique de l'épilepsie n'est pas aussi impuissante qu'on se plaît à le répéter et qu'elle présente d'autant plus de chances de succès, qu'on recherche avec soin les indications dans l'étude exacte des causes et de la pathogénie.

©BIUM

« Ç'a été l'éternelle destinée et l'éternel honneur de la psychiatrie de subir l'influence bonne ou mauvaise de la philosophie contemporaine, d'en suivre les fluctuations, et d'en réfléter les aspects divers. » Ces paroles de M. le professeur Ball (1) me sont revenues en mémoire, en lisant l'*Histoire de la philosophie en France au* XIX^e^ *siècle* de M. Ferraz, professeur honoraire de la Faculté des lettres de Lyon (2); elles me serviront d'excuse pour parler ici de cette œuvre consciencieuse, d'une lecture si attachante pour qui s'intéresse au conflit des idées, et certes, à ce point de vue, les quatre-vingts dernières années ne le cèdent en rien aux époques les plus tourmentées de l'histoire de l'esprit humain.

Le médecin aliéniste, curieux des origines des nombreuses théories sur la folie qui ont régné dans la science depuis Pinel, les trouvera facilement dans les diverses doctrines philosophiques.

On sait les liens qui rattachent Pinel et son œuvre scientifique aux idées de Condillac. Lorsqu'on lit le dernier volume de l'ouvrage de M. Ferraz, celui qui a pour titre : « Spiritualisme et libéralisme, » on est frappé combien les successeurs de Pinel ont emprunté aux philosophes de cette école. Esquirol, en ramenant la folie à une lésion de l'attention, fait une application des théories psychologiques de Laromiguière qui expliquait par les seuls actes de cette faculté de l'âme tous les phénomènes intellectuels. Maine de Biran, dont la doctrine sur les rapports du physique et du moral de l'homme, a

(1) *La médecine mentale à travers les siècles. Leçon d'ouverture du cours de clinique des maladies mentales.* In *Ann. méd.-psych.*, n° de janvier 1880, et *Leçons sur les maladies mentales*, Paris, 1880, p. 5.

(2) Cet ouvrage est en trois volumes. — I. Socialisme, naturalisme et positivisme. — II. Traditionnalisme et ultramontanisme. — III. Spiritualisme et libéralisme. — Paris, Perrin et C^ie^, éditeurs.

©BIUM

été étudiée ici même par le Dr Royer-Collard (V. *Ann. méd.-psych.*, 1843, t. II, p. 1), — Maine de Biran, en faisant dériver toutes les facultés de la volonté, n'est-il pas l'inspirateur de cette théorie qui ne voit dans la folie qu'une lésion du libre arbitre ?

On pourrait continuer ces recherches et montrer par exemple l'influence qu'ont eue les idées de Victor Cousin ou de Théodore Jouffroy sur la médecine mentale. Ce serait là d'ailleurs un chapitre intéressant de l'histoire de la Société médico-psychologique. On sait, en effet, que des disciples distingués de ces deux philosophes ont pris une part importante à ses travaux, et M. Ferraz, qui ne parle que des disparus, consacre à l'un d'eux, à Adolphe Garnier, quelques pages attachantes. Le *Traité des facultés de l'âme* de ce psychologue a été longtemps considéré dans l'École comme le dernier mot de la science, et c'est évidemment à cette source qu'un grand nombre d'aliénistes puisèrent leurs connaissances en psychologie.

Au spiritualisme M. Ferraz rattache avec raison Albert Lemoine, l'auteur de l'*Aliéné devant la philosophie, la morale et la société* (1862), Lélut, dont les ouvrages sont connus de tous nos lecteurs, et enfin Peisse, plus philosophe que médecin, qui a jeté un regard curieux dans notre spécialité et en a parlé maintes fois en critique avisé.

On voit, par ce rapide résumé, l'intérêt que peut avoir la lecture de ce livre au point de vue même de l'histoire de la médecine mentale en notre siècle ; il est en effet impossible d'écrire celle-ci sans une connaissance approfondie de l'histoire de la philosophie. Quant à nous, nous ne pouvions ouvrir cet ouvrage sans nous reporter à quelque vingt-cinq ans en arrière, à cette époque déjà lointaine où, assis sur les bancs du lycée de Strasbourg, nous écoutions les leçons de philosophie de M. Ferraz.

©BIUM

Son éloquence si chaude et si convaincante faisait une impression profonde sur nos jeunes intelligences en leur ouvrant des horizons nouveaux. Si quelques-uns d'entre nous, séduits par des idées autres, sont restés peu fidèles aux doctrines du professeur et ont embrassé des principes auxquels il ne ménage pas ses critiques, tous sont unanimes, j'en suis convaincu, pour reconnaître que c'est à son enseignement qu'ils ont puisé ce souci des idées générales et ce goût de la méthode, sans lesquels toute culture scientifique est frappée de stérilité.

ANT. RITTI.

©BIUM

Pathologie.

DES LÉSIONS
DE LA
MOELLE ÉPINIÈRE
OBSERVÉES CHEZ LES ALIÉNÉS

Par M. le Docteur STEWART,
Premier adjoint de l'Asile du Comté de Glamorgan (Écosse).

Traduit de l'anglais par le Docteur Achille FOVILLE (1).

L'attention a été appelée, pour la première fois en Angleterre, sur l'état de la moelle épinière chez les aliénés, par le Dr Bucknill, en 1851, dans son rapport annuel sur l'asile du Comté de Devon. Résumant les résultats de nombreuses autopsies de malades ayant succombé à la paralysie générale, le Dr Bucknill exprime l'opinion que, chez eux, la moelle épinière offre un diamètre inférieur à celui de l'état normal ; il fau-

(1) Nous avons pensé qu'il serait intéressant pour nos lecteurs de leur faire connaître les parties essentielles de la Thèse soutenue en 1886, devant l'Université de Glasgow, par le Dr Stewart. Ce travail donne un très bon résumé des connaissances actuelles sur les lésions de la moelle épinière observées chez les aliénés ; il contient vingt observations accompagnées d'autopsies fort détaillées, que nous n'avons pu reproduire faute de place ; mais nous avons traduit littéralement toutes les considérations générales qui précèdent et qui suivent les observations. (Ach. F.)

©BIUM

drait donc considérer l'atrophie de la moelle comme une lésion qui serait propre à cette maladie, et qui s'ajouterait aux altérations constatées dans le cerveau.

Poussant plus loin ses investigations, il décrivit, comme se rencontrant souvent dans la paralysie générale, l'induration et l'atrophie des fibres de la substance blanche, le ramollissement et la coloration foncée de la substance grise centrale, la sécheresse et la décoloration des membranes médullaires (1).

Le Dr Boyd publia, en 1871, dans le *Journal of mental science*, le résultat de ses observations sur la moelle épinière, dans cent soixante et une autopsies ; sur ce nombre, la moelle n'avait les apparences de l'état normal que dans six cas ; dans tous les autres la moelle était soit ramollie, soit endurcie, soit amaigrie ; ou bien le liquide cérébro-spinal était en excès ou contenait du sang.

Westphal a donné la description des changements qui, d'après lui, se produisent dans la moelle des paralytiques généraux ; il propose de distinguer dans cette affection : 1° une forme tabétique ; 2° une forme paralytique. Quant aux lésions elles-mêmes, il les classe de la manière suivante : 1° lésion des colonnes postérieures; 2° lésions des colonnes latérales ; 3° lésions mixtes des colonnes latérales et des colonnes postérieures. Il considère les lésions spinales comme indépendantes de celles du cerveau (2).

Tous les bons ouvrages anglais relatifs aux maladies mentales, font mention des lésions de la moelle ; mais ils n'en parlent guère qu'à l'occasion d'une seule affection, la paralysie générale. Le Dr Bucknill exprime l'opinion que, dans cette maladie, les lésions spinales et

(1) Bucknill. *Médecine psychologique*, 4e édit., p. 602.
(2) Blandford. *Insanity andits Treatment*, 3e édit., p. 320.

©BIUM

les lésions cérébrales doivent être considérées comme existant simultanément, mais comme indépendantes l'une de l'autre, au moins à certains égards (1).

Sankey signale l'existence de l'altération de la moelle dans la paralysie générale, et la quatrième section de ses leçons traite des maladies de la moelle avec troubles psychiques ; il y parle de scléroses multiples et d'ataxie locomotrice, et il cite, d'après Westphal, trois cas de paralysie générale dans lesquels les symptômes médullaires avaient précédé les troubles intellectuels. Il dit aussi que l'on peut rencontrer, chez de vieux déments, des symptômes de sclérose latérale (2).

Blandford, s'occupant de l'état de la moelle chez les aliénés, mentionne des cas où des symptômes de paralysie ont précédé, de quelques années, l'apparition de la paralysie générale ; il ajoute que la matière grise est, tant dans le cerveau que dans la moelle, le siège d'une dégénérescence continue et progressive, de nature inflammatoire (3).

Clouston rapporte un cas de paralysie générale qui se surajouta à une ataxie locomotrice datant déjà de quelques années, cas dans lequel on trouva les colonnes antérieures et postérieures de la moelle également altérées, et dans sa définition de la maladie, il dit qu'elle est caractérisée par la propagation du processus morbide à la totalité du tissu nerveux, dans tout le corps (4).

Dans l'ouvrage de Julius Mickle, on trouve les résultats auxquels sont arrivés quatorze observateurs différents, en étudiant l'état de la moelle chez les aliénés

(1) *Loc. cit.*, p. 608.
(2) *Lectures on mental diseases*, 2e édit., p. 307 et 364.
(3) *Loc. cit.*, p. 320.
(4) *Mental diseases*, p. 364.

©BIUM

paralytiques (1). Westphal n'avait pu suivre la lésion plus haut que le pied du pédoncule cérébral ; mais Bubenau et Huguenin ont réussi à les suivre jusque dans la couronne rayonnante. D'après Mickle, l'altération de la moelle se produirait, d'une manière secondaire, à la suite de celle de la couche corticale du cerveau, et dans certains cas, consécutivement à celle d'une partie située plus bas dans l'axe cérébro-spinal. Dans le *Journal of mental science* (avril 1882 et avril 1885) il décrit des cas de paralysie générale, et d'autres formes d'aliénation mentale, surtout organique, associés à des lésions de la moelle.

Savage rapporte les altérations de la moelle, dans la paralysie générale, à trois types : 1° amaigrissement général ; 2° altération des colonnes postérieures ; 3° altération des colonnes latérales ou antéro-latérales ; il cite des cas dans lesquels l'ataxie a précédé la paralysie, et d'autres dans lesquels l'une et l'autre se sont produites simultanément, associées à la sclérose latérale (2). Dans le *Journal of mental science* d'avril 1884, il a publié plusieurs cas de paralysie générale avec sclérose latérale de la moelle.

Bewan Lewis et Plaxton ont publié dans le *Journal of mental science* de juillet 1878, deux cas d'ataxie locomotrice accompagnés de troubles intellectuels, simulant ceux de la paralysie générale ; dans le même numéro, Gairdner donne trois observations ressemblant à la paralysie générale, mais sans délire et avec accompagnement d'incoordination motrice.

L'existence des altérations de la moelle épinière, dans la paralysie générale, est donc en effet bien établie ; mais en outre, mes observations personnelles m'ont amené à

(1) *General Paralysis of the Insane*, p. 131.
(2) *Insanity and allied neurosis*, pp. 349 et 316.

©BIUM

croire qu'elles sont loin d'être rares dans les autres formes de l'aliénation mentale, au moins lorsque la maladie a eu une certaine durée.

Mon opinion se base sur vingt observations dans lesquelles je me suis appliqué à me rendre un compte exact de la moelle ; elles se répartissent de la manière suivante :

Paralysie générale.	5
Démence.	6
Mélancolie	4
Imbécillité avec épilepsie.	4
Imbécillité sans épilepsie.	1

A deux exceptions près, la maladie, au moment du décès, remontait à plus d'un an. Les deux exceptions sont un cas de paralysie générale ayant duré six mois, et un cas de mélancolie qui en avait duré dix. Je n'ai pas eu l'occasion d'examiner la moelle dans aucun cas d'aliénation toute récente ; ma description ne s'applique donc qu'à des affections d'assez longue durée.

(*Suivent les vingt observations.*)

Dans toutes les observations qui viennent d'être rapportées, sans exception, il existait des altérations dans la moelle épinière, en même temps que dans les parties des centres nerveux situées plus haut.

Les *apparences macroscopiques*, constatées à l'autopsie, consistaient principalement en modifications dans la vascularité, soit des membranes molles, soit de la substance grise centrale, soit des uns et de l'autre en même temps ; ces apparences faisaient croire à la sclérose des faisceaux blancs, et à des changements, tant en quantité qu'en qualité, du liquide cérébro-spinal.

La dure-mère présentait peu d'apparences d'alté-

©BIUM

ration, sauf un cas dans lequel elle était légèrement congestionnée, et un autre où elle était épaissie.

En ce qui concerne les membranes molles, dans douze cas j'ai constaté un excès de vascularité, surtout au niveau du renflement lombaire et généralement plus en arrière qu'en avant ; dans un cas elles étaient anémiées ; dans deux il existait une méningite purulente ; dans un enfin, on a trouvé deux plaques osseuses.

Dans quatorze cas, il y avait augmentation de la quantité du liquide cérébro-spinal ; dans deux cas, ce liquide contenait des cristaux de cholestérine ; dans un, il était sanguinolent.

Les remarques suivantes s'appliquent aux *constatations microscopiques*.

Dans quatre des cinq observations de paralysie générale, les lésions affectaient les colonnes latérales, toujours des deux côtés à la fois. Dans aucune, les colonnes antérieures n'étaient atteintes. Dans un cas seulement, la partie externe des colonnes postérieures était affectée de manière à produire, pendant la vie, les symptômes de l'ataxie. Dans quatre cas, y compris ce dernier, les faisceaux de Goll étaient plus ou moins endommagés. Dans un cas, il existait distinctement un état général d'atrophie de la moelle, qui a été confirmé par la pesée, tandis que, dans un autre, la moelle, outre les autres altérations, était envahie, dans sa totalité, par la sclérose.

En ce qui concerne l'état de la substance blanche dans les quinze autres observations, dans cinq on ne découvrit aucune altération.

Les faisceaux de Goll, seuls, étaient dégénérés dans un cas de mélancolie, dans un cas de démence, et dans un cas d'imbécillité avec épilepsie. La dégénérescence des deux parties des colonnes postérieures existait dans un cas de démence ; dans un cas de mélancolie elle était

©BIUM

associée à la sclérose symétrique des deux colonnes latérales ; dans un cas d'imbécillité épileptique, elle se présentait sous la forme de sclérose disséminée.

La dégénérescence combinée des colonnes latérales et des postéro-internes existait dans un cas de démence avec épilepsie et dans un cas d'imbécillité avec épilepsie. Dans un cas de démence organique, il y avait dégénérescence du faisceau croisé de la pyramide d'un côté, et du faisceau direct de la pyramide de l'autre côté. Dans un cas d'imbécillité hydrocéphalique, il y avait, à la fois, dégénérescence des deux colonnes latérales de Türck. Chez deux épileptiques imbéciles, j'ai trouvé un état général d'atrophie associé à la sclérose.

Des modifications vasculaires (hyperémie, hémorrhagies, altérations des parties artérielles) ont été notées dans la substance grise de seize cas sur vingt.

L'altération spinale la plus commune de toutes a été la dégénérescence atrophique des cellules nerveuses de la substance grise centrale. D'après Charcot, les modifications auxquelles les cellules nerveuses des colonnes antérieures sont sujettes, sont de cinq espèces :

1° L'hypertrophie qui se produit dans certains cas de myélites ;

2° La multiplication des noyaux qui se rencontre quelquefois dans des moelles normales ;

3° L'évacuation de la cellule dont il dit : « Je ne suis pas encore convaincu que cette altération ne soit pas un produit de l'art ; »

4° La dégénérescence pigmentaire ou atrophie pigmentaire ;

5° La sclérose ou atrophie scléreuse, dans laquelle l'amaigrissement est associé à un aspect brillant et opaque de la matrice des cellules (1).

(1) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 4e édit., p. 203, vol. II.

©BIUM

Dans mes recherches, je n'ai rencontré aucune des trois premières espèces, hypertrophie, multiplication des noyaux, évacuation. Dans deux cas seulement, j'ai rencontré un état qui m'a paru se rapprocher de cette dernière espèce, et, dans tous deux, l'atrophie scléreuse était associée à un certain degré de dégénérescence pigmentaire. A ces deux exceptions près, l'altération des cellules nerveuses ressemblait de près à celle qui a été décrite sous le nom d'atrophie et de dégénérescence pigmentaire ; cette altération, très variable d'une coupe à l'autre, et même d'une cellule à l'autre d'une même coupe, constituait sans exception un des traits les plus frappants dans toutes les coupes de moelle que j'ai préparées et examinées.

Au début de mes recherches, je m'étais demandé si l'apparence granuleuse et jaunâtre des préparations ne pouvait pas dépendre de la solution de bichromate de potassium dans laquelle je les faisais durcir. Mais je me suis convaincu qu'il n'en était rien, car j'ai constaté la même altération dans les sections qui avaient été exclusivement endurcies dans l'alcool et qui n'avaient jamais eu de contact avec le chrome.

Cette altération des cellules nerveuses de la moelle me paraît être une combinaison, en proportion variée, de trois éléments distincts : 1° l'atrophie ; 2° la dégénérescence atrophique ; 3° la dégénérescence graisseuse. Autant que j'ai pu m'en assurer, les auteurs se sont plus occupés du troisième de ces éléments, la dégénérescence graisseuse, du moins en ce qui concerne les cellules nerveuses de la moelle. Sous la dénomination de sclérose miliaire, Bramwell décrit et dessine un état des cellules nerveuses, dont la dégénérescence graisseuse est un des principaux éléments (1); et Charcot, dans un article sur la

(1) *Diseases of the spinal Cord.*, 2e édit., p. 241 et fig. 141.

©BIUM

sclérose latérale amyotrophique, décrit un état semblable des cellules nerveuses observé dans les couches optiques (1). La nature graisseuse des cellules nerveuses de la couche corticale du cerveau, a été signalée par plusieurs auteurs dans l'écorce cérébrale des aliénés paralytiques (Meschède, Voisin, Bonnet et Poincaré, Hitzig) (2) et dans l'atrophie sénile (3).

Cette altération des cellules nerveuses se rencontre dans beaucoup de formes des maladies de la moelle, dans la sclérose latérale amyotrophique, dans la paralysie glosso-laryngée, dans l'atrophie musculaire primitive, dans la paralysie infantile et parfois dans l'ataxie locomotrice.

Charcot la divise en trois degrés (4). A l'état normal les cellules présentent les caractères suivants : elles sont munies de prolongements longs et minces qui, de même que la cellule elle-même, prennent, par le carmin, une coloration vive et uniforme ; le noyau et le nucléole se voient distinctement ; la petite quantité de pigment qu'ils contiennent ne déborde nulle part.

Le premier degré de l'altération est caractérisé par la coloration ocreuse très intense que la cellule présente dans la plus grande partie de son étendue. Cette coloration résulte de la présence de granules pigmentaires agglomérés en une masse sur laquelle le carmin n'a plus d'action, tandis que les parties de la cellule qui ne sont pas envahies par le pigment continuent d'être colorées par le carmin, presque comme à l'état normal. Le noyau et le nucléole se distinguent encore et ils sont colorés ; quant aux prolongements, ils sont généralement très courts, comme ratatinés, et parfois ils ont

(1) *Archives de Neurologie*, vol. X, p. 169.
(2) Mickle. *General Paralysis of the Insane*, p. 126.
(3) Kostjurin. *Brain*, avril 1886.
(4) *Maladies du système nerveux*, 4e édit., vol. II, p. 469.

©BIUM

complètement disparu. En même temps, la cellule diminue de volume, elle tend à perdre sa forme anguleuse, et à prendre un aspect globuleux.

A une période plus avancée du processus morbide, qui en constitue le second degré, la cellule encore réduite dans toutes ses dimensions, est absolument privée de prolongements et n'est plus représentée que par une petite masse de granules jaunes.

Le noyau et le nucléole ont en général complètement disparu ; quelquefois, cependant, le nucléole persiste, et alors il est la seule partie de la cellule qui ait conservé l'aptitude à prendre la coloration du carmin.

Enfin, dans le troisième degré, l'on ne trouve plus, là où existaient antérieurement les cellules, que quelques rares granulations jaunes, disséminées ça et là. C'est là, sans doute possible, le dernier degré de l'altération. Il n'y a plus la moindre trace de noyau ni de nucléole. Quant aux dimensions, les cellules qui ont conservé l'aptitude à être colorées par le carmin dans toute leur étendue, sont restées saines et elles sont aussi grandes que celles que l'on voit dans des préparations normales. Toutes les cellules qui ont perdu leurs prolongements sont atrophiées.

Je suis disposé à croire que cette dégénérescence atrophique des cellules nerveuses de la matière grise de la moelle est un caractère constant de presque tous, sinon de tous les cas d'aliénation mentale qui ont duré un certain temps ; elle est caractérisée par la diminution du volume de la cellule atteinte par la rétraction des prolongements, par l'émoussement des angles et le défaut de netteté dans le contour.

La dégénérescence est caractérisée, en outre, par la présence, à l'intérieur de la cellule, de substances qui, dans l'état normal, ne s'y rencontrent pas ou ne s'y trouvent qu'en petite quantité ; ces produits morbides

©BIUM

ne paraissent pas être exclusivement pigmentaires ; la dégénérescence est à la fois pigmentaire et graisseuse. Comme je l'ai déjà dit, elle peut se reconnaître très nettement, même sur des coupes non coloriées. Elle existe, à un degré variable, dans différentes cellules d'une même coupe, et elle est caractérisée par l'agrégation de nombreuses petites particules de matière jaune ou brune.

Il est intéressant de signaler la manière dont ces cellules se comportent sous l'action de l'acide osmique. Dans ce cas, la partie de la cellule qui, dans des préparations non soumises à cet agent, paraît jaune, prend une teinte brune foncée très accusée, généralement plus intense vers le centre de la masse granuleuse et qui souvent est aussi foncée que les tubes de myéline de la substance médullaire, lorsqu'ils sont teints. Cela suffit pour démontrer que la dégénérescence est en partie graisseuse.

Lorsque des coupes de la moelle sont traitées par l'éther, la surface granuleuse devient plus claire ; il en est de même, mais à un moindre degré, de tout l'intérieur de la cellule ; mais la surface dégénérée conserve son aspect jaune et granuleux. Ce procédé enlève la substance grasse, et laisse intacte la matière pigmentaire, dont l'insolubilité dans l'éther a été constatée sur les cellules nerveuses de l'écorce cérébrale, chez des paralytiques généraux et chez d'autres aliénés, par Mierzejewski, Howden et Batty Tuke. Les deux derniers auteurs ont parfaitement raison de dire que ces granules ne sont pas de la graisse ; mais il n'en est pas moins certain que, dans le processus de la dégénérescence, il se produit un élément graisseux.

La dégénérescence atrophique atteint, de préférence, les grandes cellules multipolaires des cornes antérieures de la moelle ; mais les petites cellules des deux cornes, et les cellules bipolaires de la colonne vésiculaire de

©BIUM

Clarke n'en sont nullement exemptes. Elle est toujours associée à des lésions à peu près semblables des cellules nerveuses de l'écorce du cerveau. Dans les deux localités, les degrés de la dégénérescence et de l'atrophie varient beaucoup d'un cas à l'autre. Dans l'imbécillité, qu'elle soit ou non accompagnée d'épilepsie, le fait le plus saillant est l'absence plus ou moins complète ou l'arrêt de développement des grandes cellules pyramidales que l'on observe à l'état normal dans l'écorce cérébrale, en même temps que par un contraste frappant, les cellules nerveuses de l'axe spinal ont acquis un développement plus grand.

La dégénérescence atrophique des cellules nerveuses de la moelle semble donc être un caractère constant de presque toutes, sinon de toutes les formes d'aliénation mentale qui ont eu une certaine durée. La dégénérescence systématique des colonnes blanches de la moelle est un caractère constant de la paralysie générale, et des altérations analogues semblent se produire fréquemment dans d'autres formes de folie.

Quant aux relations qui peuvent exister entre les lésions de la moelle et celles de l'écorce cérébrale, on peut soutenir deux opinions opposées : 1° On peut considérer les lésions de la moelle comme une affection primitive, qui s'est développée indépendamment de la maladie cérébrale ; 2° on peut la considérer comme une affection secondaire qui s'est développée comme une conséquence de celle du cerveau.

Jusqu'à présent cette question n'a été discutée, d'après ce que je sais, qu'à l'occasion de la paralysie générale, et ne l'a pas été à propos des autres formes de folie.

Dégénérescence des colonnes latérales. — D'après Charcot (1), les différences qui existent, au point de vue

(1) *Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau et de la moelle épinière*, p. 160.

©BIUM

anatomique, entre la sclérose latérale primitive et la sclérose latérale secondaire sont les suivantes : Dans la sclérose latérale primitive, la lésion des faisceaux est nécessairement double, c'est-à-dire qu'elle occupe le système des colonnes latérales, des deux côtés à la fois, et non pas d'un seul côté comme cela a toujours lieu dans la sclérose consécutive, lorsque la lésion en foyer qui en est le point de départ est unilatérale.

La sclérose primitive a une grande tendance à envahir les régions voisines, quelquefois les colonnes blanches, quelquefois les cornes antérieures de substance grise, tandis que, comme règle générale, aucune invasion de ce genre ne se produit dans la sclérose consécutive.

Dans cette dernière, également, la lésion n'occupe, dans les lésions latérales, qu'un espace relativement limité. A la région cervicale, elle présente, sur une coupe transversale, l'aspect d'un triangle à bords nettement tranchés, dont le sommet est dirigé en dedans, vers l'angle qui sépare les cornes grises antérieures des postérieures, et dont la base, légèrement arrondie, est séparée de la pie-mère par une zone de substance médullaire saine. Dans la région dorsale, l'espace dégénéré tend à prendre une forme ovale, tandis que dans la région lombaire, il redevient triangulaire comme dans la cervicale.

Les lésions de la dégénérescence latérale primitive occupent, d'une manière générale, les mêmes régions que dans les cas précédents, mais leur siège est beaucoup plus étendu ; en avant, elles tendent à envahir les zones radiculaires antérieures ; en dedans, elles atteignent souvent la substance grise et se confondent avec elle ; leur contour est confus et mal limité.

La sclérose consécutive ne frappe qu'une partie des fibres nerveuses qui forment les colonnes latérales, c'est-à-dire, les fibres cérébro-spinales, tandis que dans

©BIUM

la sclérose primitive, la lésion envahit tout le système latéral, et comprend, non seulement les fibres cérébro-spinales ou pyramidales, mais aussi celles qui commencent et finissent dans la moelle, et que l'on peut appeler les fibres spinales proprement dites.

Il est aussi de règle, bien que l'on rencontre quelques exceptions, que dans les cas de dégénérescence descendante consécutive à une lésion unilatérale du cerveau, la dégénérescence du faisceau pyramidal croisé du côté opposé à la lésion cérébrale, soit associée à celle du faisceau pyramidal direct, du côté correspondant à la lésion cérébrale, au moins dans la partie supérieure de la moelle.

On ne retrouve pas la même association dans la sclérose latérale primitive.

Dans la sclérose consécutive à une lésion du cerveau, on peut suivre la dégénérescence au-dessus de la moelle, à travers les parties intermédiaires, jusqu'au foyer de la lésion primitive.

On considère, généralement, la dégénérescence secondaire comme se produisant à la suite des lésions qui sont placées de manière à séparer les fibres pyramidales de leur centre trophique, c'est-à-dire des cellules nerveuses des régions motrices de la couche corticale. Les lésions de ce genre sont habituellement localisées en foyers, de nature destructrice, et situées dans les parties profondes du cerveau. Lorsque les lésions corticales affectent la substance cérébrale des régions motrices, et pénètrent à une certaine profondeur, elles peuvent aussi produire des dégénérescences secondaires ; mais il n'en est pas de même des altérations très superficielles de l'écorce, comme celles qui accompagnent habituellement la méningite (1).

(1) Charcot. *Loc. cit.*, p. 154.

©BIUM

Jusqu'à une époque toute récente, on admettait que la dégénérescence secondaire dépendait toujours d'une grosse lésion cérébrale, telle que hémorrhagie, ramollissement, tumeur, etc. Mais Charcot (1) a décrit deux cas de sclérose latérale amyotrophique, dans lesquels l'examen microscopique a révélé la disparition des grandes cellules pyramidales de l'écorce motrice, associée à un état de myélite avec granulation des cellules s'étendant à toute la longueur du faisceau pyramidal, à la fois dans le cerveau et dans la moelle. Ces deux cas sembleraient indiquer que la dégénérescence secondaire peut avoir son point d'origine dans une lésion cérébrale qui n'est ni grosse, ni de nature à séparer les fibres pyramidales de leur centre trophique, mais par une lésion microscopique qui affecte ce centre lui-même.

Il est douteux, cependant, que cette opinion puisse être soutenue; j'ai rencontré des faits, par exemple dans certains cas d'imbécillité, où il existait une diminution marquée dans le nombre et dans les dimensions des cellules nerveuses corticales correspondant aux pyramides, sans que j'aie constaté un état appréciable de sclérose latérale de la moelle. En outre, les caractères anatomiques de la dégénérescence des colonnes latérales semblaient se rapprocher de ceux de la sclérose latérale primitive, plutôt que de ceux de la sclérose latérale consécutive.

Dans les neuf cas sur vingt, où j'ai constaté l'existence de la sclérose latérale, je n'en ai trouvé que deux qui m'aient paru faire exception à cette dernière remarque; c'était un cas de démence organique liée à une hémiplégie droite, et un cas d'imbécillité hydrocéphalique. A ces deux exceptions près, la sclérose existait

(1) *Archives de Neurologie*, juillet et septembre 1885, p. 1 et 168.

©BIUM

toujours des deux côtés de la moelle et affectait de chaque côté une étendue considérable des colonnes latérales ; elle tendait à envahir la région antérieure ; son contour affectait la forme d'un triangle dont les angles, mal définis, disparaissaient en se confondant avec les tissus anormaux ; dans plusieurs cas, elle atteignait complètement la substance grise centrale ; elle était fréquemment associée à la dégénérescence d'autres parties de la moelle, telles que la substance blanche, la substance grise, ou toutes les deux à la fois ; dans aucun cas, elle n'était accompagnée de la dégénérescence des colonnes de Türck ; dans les cas où il a été possible d'examiner les parties supérieures de l'axe spinal (moelle allongée, pédoncules), je n'y ai trouvé aucun degré appréciable d'altération matérielle, et en tout cas, rien qui ressemblât aux altérations des colonnes latérales.

Dans le cas de démence organique, la dégénérescence spinale présentait les caractères que l'on attribue d'ordinaire aux dégénérescences secondaires dépendant d'une lésion unilatérale des faisceaux moteurs. Elle affectait la colonne latérale du côté opposé à la lésion cérébrale, et elle était associée à la dégénérescence de la colonne de Türck, du côté correspondant à cette lésion ; l'espace dégénéré avait, dans la colonne latérale, une forme ronde à bords bien définis ; elle était séparée de la substance grise centrale par une zone de tissu normal, et elle avait moins d'étendue que n'en présente la sclérose primitive.

Le cas d'imbécillité avec hydrocéphalie chronique était un peu compliqué ; mais, même dans cet exemple, en me basant sur les résultats de l'examen micrographique, j'ai été conduit à considérer la dégénérescence comme secondaire et comme dépendant d'une grosse lésion cérébrale ; et certes cette dernière était assez im-

©BIUM

portante pour avoir déterminé, dans les faisceaux des pyramides, une altération permanente, bien capable elle-même d'entraîner la dégénérescence descendante.

Les considérations qui précèdent m'ont conduit à adopter l'opinion soutenue par Westphal et par Schultze, en ce qui concerne la paralysie générale ; je pense donc que la dégénérescence des colonnes de la moelle, qui se produit dans les cas d'aliénation mentale d'une certaine durée, est primitive, sauf peu d'exceptions, ou, à tout événement, qu'elle n'est pas secondaire, d'après l'acception usuelle de ce terme.

Dans trois cas, seulement, la dégénérescence des colonnes postérieures de la moelle a été localisée de manière à déterminer, pendant la vie, des symptômes d'ataxie locomotrice, et, comme d'ordinaire, dans cette affection, le processus morbide avait une origine primitive.

Dans huit cas, les colonnes postéro-internes étaient seules affectées, mais dans aucun d'eux, le processus sclérotique n'était très intense. Ici, encore, l'affection devait être considérée comme primitive ; elle dépendait peut-être, à quelque degré, comme se le demande Charcot à propos d'une observation de sclérose amyotrophique latérale, de l'état habituel de congestion des autres parties de la moelle, cet état s'observant fréquemment dans la substance grise centrale.

Relativement à la dégénérescence adipo-pigmentaire et à l'atrophie des cellules nerveuses de la substance grise de la moelle, qui sont un caractère si constant de ces maladies, je suis encore disposé à les considérer, dans la majorité des cas, comme des lésions primitives. Sans doute, elles sont souvent associées à la dégénérescence d'autres parties de la moelle, à celle des colonnes latérales, par exemple, qui ont une tendance marquée à envahir les régions circonvoisines, et en pareil cas, elles

©BIUM

peuvent bien être, à quelque degré, secondaires ; mais souvent aussi, elles existent seules, sans être associées à aucune autre modification des tissus.

Beaucoup de symptômes, qui se produisent au cours de la maladie mentale, me semblent devoir être attribués à l'altération des cellules nerveuses ; ce sont, plus spécialement, les troubles trophiques, l'amaigrisssement, l'atrophie musculaire, celle en particulier qui est désignée par Erb (1) sous le nom d'atrophie simple et qu'il considère comme toujours précédée par une modification morbide de la moelle ; je rattache à la même cause les escarres par décubitus et autres lésions cutanées, les modifications des réflexes, les altérations de la pupille et jusqu'à un certain point les troubles sensoriels, les affections de la vessie, des intestins. Dans bien des cas on peut attribuer les modifications pathologiques des cellules de la moelle aux mêmes causes que celles qui produisent l'altération des cellules des centres nerveux plus élevés. Ces causes sont celles que l'on a l'habitude de désigner sous le nom de « causes physiques », par opposition aux causes dites « morales ». Telles sont les causes vénériennes et alcooliques, les agents toxiques, la misère et les autres états de souffrance corporelle ; je crois, en outre, que l'altération des éléments nerveux essentiels de la moelle épinière est, bien souvent, un des modes de manifestation de cette instabilité héréditaire qui est si fréquemment associée aux maladies mentales et aux autres affections nerveuses.

Je ne pense pas que l'on puisse expliquer cette altération des cellules nerveuses par l'inaction musculaire, et le séjour prolongé au lit. Je l'ai trouvée, en effet, dans des cas qui avaient été caractérisés, pendant la vie, par

(1) Ziemssen's *Cyclopedia of medicine*, vol. XIII, p. 114.

©BIUM

de l'agitation et de l'excitation motrice ; dans une observation en particulier, l'agitation musculaire était excessive et avait duré jusqu'au dernier moment de la vie.

Quelle est la nature intime du processus morbide qui se produit, à la fois, dans le cerveau et dans la moelle ? a-t-il un caractère irritatif, ou est-ce purement une dégénérescence ? a-t-il son point de départ dans le parenchyme nerveux ou dans la gangue interstitielle ?

Bien des symptômes, observés pendant la vie, sont propres à faire penser que, dans beaucoup de cas, la lésion est évidemment de nature irritative ; tels sont les tremblements musculaires et les contractions, l'excitation motrice, les escarres cutanées, la dépression, l'irritabilité, l'agitation et autres phénomènes intellectuels. Par contre, on observe, souvent aussi pendant la vie, des symptômes en rapport avec la lésion de la dégénérescence, tels que l'affaiblissement intellectuel et les divers troubles trophiques ; après la mort, les apparences sont surtout celles de la dégénérescence. La probabilité est que les lésions sont le plus souvent d'une nature complexe plutôt que simple.

Une lésion peut être, au début, de nature irritable et passer, graduellement, à l'état de dégénérescence ; et réciproquement, à une lésion principalement dégénérative, peut, pendant certaines périodes de son évolution, se superposer des phénomènes d'irritation.

Relativement à la question de savoir si la lésion débute par le tissu interstitiel, ou par le parenchyme nerveux lui-même, la manière systématique dont la lésion affecte des régions bien limitées de la moelle est un argument en faveur de la seconde opinion ; de plus, les recherches les plus récentes, relatives à la myélite cellulo-granuleuse, plaident dans le même sens, car dans cette forme, la lésion commence par le parenchyme.

©BIUM

Mais ici, aussi, selon toutes les probabilités, nous avons encore affaire à un processus qui n'est pas simple, et toutes les fois que la maladie a une certaine durée, l'altération morbide affecte, probablement toujours, à la fois le parenchyme nerveux et la gangue interstitielle. Les modifications histologiques que l'examen microscopique fait alors constater dans la moelle, ressemblent de plus ou moins près à celles qui sont représentées par Erb, lorsqu'il décrit la myélite chronique, terme sous lequel il comprend « tous ces processus qui se développent lentement dans les tissus de la moelle, qui ont « une évolution traînante et ennuyeuse, sans être accompagnés de fièvre, et qui dans l'état actuel de nos « connaissances doivent être rattachées au type de l'inflammation chronique ».

De tout ce qui précède, il résulte que, non seulement des modifications dans la texture des éléments essentiels des centres nerveux les plus élevés constituent un caractère constant de la folie, mais aussi que ces centres ne sont pas seuls atteints. Il est exceptionnel qu'un cas de folie ne soit caractérisé absolument que par des troubles intellectuels. Il est difficile de se figurer comment, dans un organisme aussi complet que celui de l'axe cérébro-spinal, les éléments qui président exclusivement aux opérations intellectuelles, pourraient se trouver altérés, seuls, sans que les éléments qui président aux autres fonctions soient aussi atteints à quelque degré.

Dans la majorité des cas de délire mental, on rencontre constamment des troubles de la sensation, de la motilité, des fonctions trophiques, en même temps que des symptômes attribuables au trouble des fonctions spinales.

Pour emprunter les paroles de Griesinger, « les mala« dies du système nerveux forment un tout insépa« rable, dont les affections dites mentales ne consti-

©BIUM

« tuent qu'une fraction restreinte. » Les psychoses ne constituent qu'un groupe de la classe des maladies du système nerveux, et dans ce groupe, bien que les désordres intellectuels constituent d'habitude l'ordre de symptômes le plus saillant, celui qui, pour des motifs pratiques, sert à le désigner, il s'en faut qu'ils existent seuls, et même qu'ils soient toujours les plus développés. En étudiant le domaine de la sensibilité, de la motilité, de la nutrition, des phénomènes réflexes, avec autant de soin que l'on en apporte à l'examen des manifestations purement psychiques, on découvrira souvent des indications d'une grande valeur pour le diagnostic, le traitement, et le pronostic des cas individuels de désordre ou de défaut de développement des facultés intellectuelles.

©BIUM

DE

L'EMPLOI DE L'URÉTHANE

COMME HYPNOTIQUE CHEZ LES ALIÉNÉS

Par M. le Dr A. ADAM
Directeur-médecin de l'asile Saint-Georges.

Un nouvel agent hynotique d'une innocuité absolue et d'une administration facile, ne saurait être accueilli avec indifférence par les médecins aliénistes. L'uréthane, d'après les travaux de Jolly, Jaeck, Huchard, Sticker, etc., paraissait devoir être cet agent. Dans le numéro de mars 1886 du *Neurologische Centralblatt*, le Dr Kraepelin rend compte des résultats obtenus par lui chez les aliénés. Les conclusions de son travail nous engagèrent à administrer l'uréthane aux femmes aliénées de l'asile de Bourg.

Un mois plus tard (avril 1886), MM. Mairet et Combemale firent à l'Académie des sciences une communication sur l'action physiologique et thérapeutique de l'uréthane. Les conclusions de ce travail, également favorables au nouvel agent hypnotique, ne concordaient cependant pas sur tous les points avec celles de Kraepelin. Tandis que ce dernier dit avoir administré l'uréthane surtout aux aliénés paralytiques et aux mélancoliques, et avoir obtenu chez les premiers un résultat heureux 60 fois sur 100, en ayant recours aux doses

©BIUM

élevées (3 à 5 gr.), MM. Mairet et Combemale disent que dans la démence paralytique, l'insuccès de l'uréthane s'affirme, et cela dans le cas où le chloral et le bromure procurent cependant aisément le sommeil. D'autre part, Krell dit dans l'*Irrenfreund* (année 1885, n° 11) que l'action hypnotique de l'uréthane s'exerce sûrement dans les cas où l'insomnie est due à un érethisme maladif des centres nerveux, tandis qu'elle s'obtient difficilement quand l'insomnie a son point de départ dans une lésion organique du système nerveux. Cette conclusion s'accorde avec celle de MM. Mairet et Combemale, et se trouvait donc en opposition avec les résultats obtenus par Kraepelin. De nouvelles recherches nous ont paru emprunter à cette circonstance d'autant plus d'intérêt.

Nous avons administré l'uréthane à 18 femmes aliénées souffrant d'insomnie, plus de 200 fois à des doses variables de 1 à 5 gr. Parmi ces dix-huit aliénées ne figurait aucune paralytique ; quoique la population de l'asile dépassât le chiffre de 900, il n'y avait alors dans le service aucune aliénée paralytique souffrant d'insomnie. Le fait s'explique par la rareté de la paralysie générale dans une population exclusivement féminine et provinciale.

Notre passage au service des hommes nous a permis de combler cette lacune. Dans ce service nous avons administré l'uréthane à 12 aliénés, dont 6 paralytiques. Nos recherches portent donc sur 30 malades auxquels il a été donné près de 400 doses d'uréthane, de 1 à 5 gr. La dose de 5 gr. n'a été atteinte que dans le cas d'agitation extrême, aussi l'effet hypnotique n'a-t-il pas été constant, et n'a jamais duré longtemps ; il s'est borné le plus souvent à un assoupissement durant une heure ou deux. Dans les cas d'agitation de moyenne intensité, nous avons généralement obtenu un effet hypnotique

©BIUM

prolongé, avec des doses de 2 ou 3 gr. Nous devons cependant signaler deux insuccès complets.

Dans un cas de lypémanie anxieuse et dans un cas de manie, l'uréthane n'a en effet procuré aucun sommeil, alors que le choral, associé au bromure, produisait un effet hypnotique de quelque durée.

Dans les cas où 2 ou 3 gr. d'uréthane procuraient le sommeil, nous avons, à plusieurs reprises, substitué à ce médicament le choral, soit seul, soit associé au bromure et à l'extrait thébaïque ; dans deux cas de manie seulement, cette dernière médication n'a produit aucun effet; chez tous les autres malades l'effet hypnotique s'est produit aussi bien qu'avec l'uréthane. Nous devons faire remarquer que chez les six aliénés paralytiques soumis à la médication de l'uréthane, les résultats n'ont guère différé de ceux obtenus dans les autres formes de folie. En effet, si chez deux paralytiques nous n'avons obtenu avec 3 gr. d'uréthane qu'un sommeil de deux à trois heures, l'effet hypnotique a été chez les quatre autres de durée plus longue, et, commençant généralement une heure après l'ingestion du médicament (au moment du coucher), il s'est prolongé jusqu'à trois et quatre heures du matin.

Le sommeil était calme; les malades, capables de rendre compte de leurs sensations, n'accusaient au réveil aucun malaise. Une seule malade, une maniaque chronique, se trouvait au réveil plus loquace et plus désordonnée. D'une manière générale, l'innocuité de l'uréthane a été complète, même avec la dose de 5 gr. donnée pendant plusieurs jours, ou celle de 3 gr. pendant plusieurs semaines.

Nous avons d'autre part administré par voie hypodermique 8 gr. d'uréthane en quatre heures à un chien pesant 8 kilog. Nous avons observé chez cet animal une résolution musculaire presque complète qui, pen

©BIUM

dant vingt-quatre heures, l'empêchait de se tenir debout ; mais la respiration restait régulière, la sensibilité persistait, l'appétit était conservé et, le second jour, l'animal était gai et tout à fait bien portant. Ce fait nous permet de supposer que chez l'homme adulte, la dose de 5 gr. pourrait être dépassée, sinon avec avantage, du moins sans danger.

Nos recherches nous portent à croire que les indications de l'uréthane ne sont pas restreintes aux cas où l'insomnie est liée à des troubles fonctionnels, et que les malades atteints de lésions organiques du cerveau peuvent aussi bénéficier de l'action hypnotique de ce médicament. MM. Mairet et Combemale attribuent cette action à une influence directe sur la cellule nerveuse fonctionnellement modifiée à la suite d'une nutrition générale défectueuse. De cette opinion découle une indication générale à laquelle de nouvelles recherches cliniques pourront sans doute donner plus de précision. En tout cas, il est acquis que l'uréthane est employée avec un succès assez constant contre l'insomnie dans toutes les formes de folie, que son innocuité est complète, et son administration facile.

©BIUM

Archives cliniques.

28.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. LE Dr COSTILHES.

Attaque unique d'hysteria-major avec aura psychique, chez un garçon de dix-sept ans.

SOMMAIRE. — Garçon de dix-sept ans. — Hérédité névropathique dans la ligne paternelle. — Pas d'antécédents personnels. — Caractère triste ; préoccupations nostalgiques. — Attaque d'hystérie. — Aura psychique : obsession de retourner dans son pays ; répétition avant l'attaque de la même phrase. — Quinze jours avant, opéré d'un ongle incarné.

Nous fûmes appelé le dimanche 19 février 1888 pour donner nos soins à un jeune homme de dix-sept ans, le nommé X..., apprenti pâtissier, qui, nous dit-on, était tombé sans connaissance.

Nous trouvâmes le malade en proie à une attaque des plus violentes d'hysteria-major ; l'ayant fait placer sur un matelas et maintenir légèrement pour qu'il soit dans l'impossibilité de se nuire et de se blesser, nous pûmes assister à une grande partie de l'attaque.

Toute notre intervention se borna à quelques inhalations d'éther, à percuter le thorax, la face et le cou avec un linge mouillé et à faire avaler au malade, dès que cela fut possible, une potion éthérée.

Une demi-heure environ après notre arrivée, les convulsions se calmèrent, en même temps qu'une émission abondante d'urine claire et limpide nous annonçait la fin de la crise ; peu après, le malade s'endormit d'un sommeil profond et paisible.

©BIUM

Nous revîmes le malade le soir même ; il avait l'air un peu hébété, mais ne se souvenait nullement de ce qui s'était passé et ne comprenait pas pourquoi nous lui demandions des nouvelles de sa santé.

Les personnes que nous interrogeâmes, son patron chez lequel il habite depuis environ deux ans, et ses compagnons de chambre, nous dirent que c'était la première fois que pareil accident lui arrivait ; même réponse de la part de sa sœur qui habite Paris et le voit assez fréquemment ; rien, dans ces différents interrogatoires, n'a pu faire supposer qu'il ait eu antérieurement d'autres crises convulsives qui auraient pu passer inaperçues. C'est donc un premier fait sur lequel nous croyons bon d'attirer l'attention, que cette attaque convulsive est la première manifestation qui se soit produite chez ce jeune homme, alors que jusqu'à l'âge de dix-sept ans rien ne pouvait faire prévoir l'apparition de tels phénomènes nerveux.

Père et mère bien portants ; celui-ci cependant un peu nerveux, irritable ; la sœur, légèrement nerveuse aussi, n'a jamais présenté d'attaques convulsives ni de particularités qui puissent nous intéresser ; une tante également nerveuse ; ainsi donc, dans les antécédents, on ne trouve rien de bien saillant, quoiqu'un caractère légèrement névropathique semble régner sur la ligne paternelle.

Les antécédents personnels de ce jeune homme sont absolument négatifs ; il n'a jamais eu de maladies antérieures ; il est blond pâle, très nonchalant d'allures, sans être cependant paresseux ; il est bien conformé, ses organes génitaux normalement développés ; mais il est d'un caractère plutôt triste et depuis environ deux ans qu'il est à Paris, et surtout depuis le mois de novembre 1887, il n'a qu'un but, qu'une idée qui sans cesse le poursuit : retourner dans son pays auprès de son père

©BIUM

qui habite les Vosges. Nous croyons intéressant d'insister un peu sur ce second fait, sur cette idée qu'il rabâche sans cesse ; peu à peu, cette idée d'abord passagère, s'implante avec plus de vivacité, s'impose et devient enfin idée fixe qui, jointe à une autre cause, va devenir le point de départ d'un accès violent. En un mot, c'est une sorte d'aura psychique que nous croyons pouvoir rapprocher d'un cas analogue cité par le Dr P. Moreau (de Tours), dans le journal l'*Encéphale* (1885, p. 319).

La veille de son attaque, ce jeune homme a appris qu'une personne de ses connaissances retournait dans son pays ; le dimanche matin, jour de l'attaque, il s'est réveillé mal en train, avec un point douloureux à la la région épigastrique; pendant toute la matinée, il a eu comme des vertiges et du brouillard devant les yeux. Son idée fixe l'a tourmenté ce jour-là encore plus que de coutume; depuis le moment où il s'est levé jusqu'à l'heure où il a perdu connaissance, il a pensé au départ de cette personne, et à plusieurs reprises, il a répété tout haut : « Je veux m'en aller; » ses compagnons lui en ont fait la remarque et lui-même s'est surpris disant à haute voix cette phrase, ce qui cependant ne l'empêchait pas de vaquer à ses occupations jusqu'au moment où, perdant connaissance, il est tombé en proie à l'attaque hystérique.

Notons encore un dernier fait qui peut ne pas être tout à fait étranger à la production de cette crise. Ce jeune homme, porteur d'un ongle incarné qui le faisait beaucoup souffrir, se décide à entrer à l'hôpital Beaujon le 31 janvier pour se faire opérer. Il subit l'opération le 3 février et sort le 14. Ce jour-là (mardi gras), il fait avec sa sœur une longue course dans Paris; cette marche, dit-il, ne l'a pas fatigué. Bien qu'il ressente parfaitement sur son orteil opéré l'influence du froid, il

©BIUM

n'a pas souffert le dimanche matin plus que les autres jours. Nous avons examiné l'orteil de ce jeune homme, il est en voie de cicatrisation; on constate à la partie supérieure et médiane un point beaucoup plus douloureux que le reste de l'orteil, mais la pression ne détermine qu'une douleur localisée sans aucune irradiation et sans caractères spéciaux.

Remarques. — Cette observation nous a paru intéressante à rapporter pour plusieurs raisons : d'abord le fait de cette première attaque convulsive chez un garçon de dix-sept ans, ne présentant aucun phénomène névropathique antérieur pouvant faire soupçonner son apparition, est, croyons-nous, relativement assez rare; rare aussi, croyons-nous, le fait de la répétition de cette phrase : « Je veux m'en aller; je veux m'en aller; » phrase que le malade obsédé répétait malgré lui et qui a été le point de départ, le commencement de l'attaque, véritable aura psychique; on nous pardonnera d'insister à nouveau sur ce fait, en raison même de l'importance qu'il comporte; ensuite n'est-on pas en droit de se demander si l'opération qu'il a subie n'a pas agi comme cause prédisposante à l'attaque, chez un sujet dont l'état psychique était déjà légèrement atteint par la persistance d'une idée fixe? N'est-ce pas aussi le départ de cette personne, qui, réveillant tous ses chagrins, a provoqué la crise? Nous demanderons de ne pas nous prononcer à ce sujet, nous en rapportant au jugement d'hommes plus expérimentés et compétents en cette matière, pour décider quel a été le véritable point de départ de cette crise hystérique.

Sur notre conseil, ce jeune homme a quitté son apprentissage, d'ailleurs sur le point de finir, et est retourné dans son pays.

Nous avons eu déjà à deux reprises des nouvelles de notre jeune malade; il est très gai depuis son arrivée

©BIUM

dans sa famille et ne s'est jamais mieux porté ; il est donc superflu d'ajouter que la crise à laquelle nous avons assisté ne s'est pas reproduite et que l'on n'a remarqué aucun phénomène digne d'attirer notre attention. Les parents de ce jeune garçon sont même assez surpris de savoir que c'est pour cause de maladie que leur enfant est retourné auprès d'eux, car, disent-ils, sa santé est en très bon état. Quoi qu'il en soit, nous croyons avoir agi sagement en provoquant le départ de ce jeune homme, et le cas échéant, nous suivrions la même conduite. Le retour dans ses foyers a été pour notre malade le véritable traitement, peut être même la cure complète de sa névrose, ce que nous n'aurions certainement pu obtenir, ou du moins pas aussi rapidement, avec les médicaments dont nous disposons en pareils cas.

©BIUM

Médecine légale.

UN DÉTENU SIMULANT LA FOLIE

PENDANT TROIS ANS

Par Émile LAURENT,
Interne à l'infirmerie centrale des prisons de Paris.

Les cas de simulation ne sont certes pas rares dans les hôpitaux, les asiles et surtout les prisons. Nous avons rapproché ici deux observations de simulateurs que nous avons étudiés à la prison de la Santé. Le premier est un simulateur vulgaire, maladroit et dont l'artifice fut promptement démasqué ; l'autre, au contraire, a simulé pendant près de trois ans sans se départir un seul instant du système qu'il avait adopté. Plusieurs médecins aliénistes et légistes furent appelés à l'examiner : on fit des rapports contradictoires et on eut toutes les peines du monde à s'entendre. Nous avouons franchement que nous avons cru pendant près de deux ans que cet homme était fou, ou au moins déséquilibré ; et si nous avons été tiré de cette erreur, ce n'est que par hasard. Notre simulateur ne sentant autour de lui que des yeux observateurs et toujours prêts à saisir la moindre défaillance, se voyant entouré d'ennemis qui épiaient tous ses gestes et recueillaient toutes ses paroles, se montrait extrêmement défiant et toujours sur ses gardes. Mais la solitude morale pèse à l'homme ; il

©BIUM

éprouve le besoin de s'épancher, de confier ses peines ou ses secrets à un autre homme qui puisse le consoler ou le conseiller. C'est ce qui arriva ici. M... fit sa confession à un codétenu. Par des moyens qu'il est inutile de relater ici, nous avons surpris ces confidences. Un voile est pour ainsi dire tombé, nous avons connu tout le passé de cet homme, nous avons eu l'explication de tous ses actes ; et bien plus, ces confidences nous apprenaient d'avance ce qu'il adviendrait les jours suivants.

La première observation semble présenter peu d'intérêt ; néanmoins il ne nous a pas paru inutile de la rapprocher de la suivante, parce que les hésitations et les maladresses du premier simulateur, feront mieux comprendre la force de volonté, le courage que le second a dû déployer pour arriver à si bien simuler pendant trois ans.

Observation I. — D... est un garçon à la physionomie vive et intelligente. Il a fait des études commerciales assez sérieuses. Son père est un excellent vieillard qui l'a bien élevé, ne le laissant jamais manquer de rien. Mais son indiscipline et son mauvais caractère l'obligèrent à quitter de bonne heure la maison paternelle.

A dix-neuf ans, il s'engagea dans la marine de l'Etat où il resta jusqu'à vingt-quatre ans. Il parcourut la Tunisie, le Sénégal, accompagna de Brazza à Libre-Ville et fit partie de l'expédition qui alla observer le passage de Vénus au détroit de Magellan. Pendant ces cinq années, sa conduite fut irréprochable : aimé de ses compagnons, estimé de ses chefs, il sortit avec d'excellents certificats. De retour à Paris, il rentra dans sa famille : son père, craignant quelque nouvelle escapade, le maria à brûle-pourpoint avec une femme qu'il ne connaissait presque pas et qu'il n'avait pour ainsi dire jamais vue. La première nuit de ses noces cette femme le repousse, lui avoue qu'avant de l'épouser elle a eu un amant, qu'elle l'aime toujours et qu'elle ne saurait appartenir à un autre. Il la quitta le soir même et il ne l'a jamais revue. Il a appris depuis qu'elle avait eu deux enfants avant son mariage. C'est alors que D... fit la

©BIUM

connaissance d'une courtisane pour laquelle il fit des folies. L'argent qu'il gagnait dans les fabriques où il s'était placé comme contre-maître, ne suffisant pas à satisfaire les caprices de cette femme, d'autre part la bourse de son père lui restant absolument fermée, il se mit à faire de la fausse monnaie. Il déploya là une assez grande habileté : il fabriquait avec un mélange d'aluminium et d'étain, des pièces de dix francs qui avaient presque le son et le poids, pièces qu'il lavait ensuite dans un bain galvanique. Il avait avec lui huit ou dix émetteurs à qui il vendait ces pièces trois francs ; ceux-ci se chargeaient de les écouler ; et voici l'ingénieux procédé qu'ils employaient : les émetteurs allaient deux par deux, l'un portant la fausse monnaie et attendant dans la rue ; l'autre qui entrait dans les magasins, n'avait qu'une pièce fausse. Si la personne à qui il voulait l'écouler s'apercevait qu'elle était fausse, il la reprenait sous prétexte de l'examiner et lui en substituait une bonne qu'il tenait toujours prête dans sa manche. (Tous ces curieux détails nous ont précisément été donnés par un des émetteurs que nous avons eu l'occasion de soigner à l'infirmerie centrale.) Ils auraient ainsi écoulé de ces pièces pour près de cinq cent mille francs.

Arrêté une première fois en 1885, D... fut acquitté faute de preuves suffisantes. Il se fit arrêter de nouveau en 1887 ; et c'est alors que dans l'espoir de se sauver, il simula la folie.

En arrivant à Mazas il prétendit qu'on voulait l'empoisonner et refusa toute nourriture. Amené à la Santé, D... commit d'abord la grave imprudence de se confier à plusieurs de ses codétenus ; puis il comprit qu'il ne pouvait continuer longtemps le système qu'il avait adopté à Mazas et brusquement il changea la forme de son délire. Lorsque nous le voyons pour la première fois, il fait à toutes nos questions des réponses brèves, incohérentes : il a oublié son âge, son nom, etc. etc.... Nous n'avons pas douté un seul instant que D... simulait et nous lui avons fait comprendre la grossièreté et la maladresse de son artifice. Alors, tout en conservant un air taciturne, une parole brève et saccadée, sa conduite devint celle d'un homme raisonnable ; il se déclara prêt à être jugé. Cependant ses craintes le reprirent au dernier moment : alors il simula la manie aiguë, l'érotomanie, voulant se livrer au coït anal sur son compagnon de cellule. Tout cela ne trompa personne et D... fut condamné aux travaux forcés à perpétuité.

©BIUM

Il est inutile de faire ressortir les hésitations et les faiblesses de ce simulateur. — Voici maintenant en regard la seconde observation. Un romancier pourrait y faire une ample moisson de documents.

Observation II. — M... est né en Auvergne, aux environs d'Aurillac, dans un petit village où son père tenait une auberge. Le petit commerce marchait bien et, sans être riche, le ménage était à l'aise. A dix-huit ans, M... vint à Paris comme la majeure partie de ses compatriotes, pour tenter d'amasser de l'argent. Il resta pendant une dizaine d'années garçon marchand de vins. Sobre et avare, il réalisa quelques économies et à son tour il s'établit à son compte. Il fit alors la connaissance d'une femme jeune et fort belle, dit-il; il vécut maritalement avec elle. Peu de temps après son installation, M... prit des habitudes qu'il n'avait jamais eues jusqu'alors. De sobre qu'il était il devint ivrogne, coureur de femmes, et en définitive, ce que l'on est convenu d'appeler un mauvais sujet. Sa maîtresse en fit autant de son côté; et un beau soir, après une dizaine d'années de cette existence, M... en rentrant chez lui, trouva la femme partie avec un beau gars du voisinage. Il l'aurait peut-être peu regrettée, disait-il; mais elle avait eu soin d'emporter la caisse qui représentait environ dix mille francs. M... se trouvait presque sans le sou sur le pavé de Paris : il se fit camelot, brocanteur, achetant des reconnaissances du mont-de-piété, vendant des bijoux et des montres payables à raison de tant par mois ou par semaine. A force de volonté et de patience, il se reconstitua une petite fortune qui lui permit de vivre dans une certaine aisance et de satisfaire jusqu'au bout son goût pour la bonne chère et pour les femmes.

M... fut, en 1885, accusé d'avoir reçu chez lui des obligations volées. Il fut appelé chez le commissaire de police : il portait précisément sur lui des obligations. S'attendant à être fouillé, il parvint à tromper la vigilance de ses gardiens pendant quelques minutes : il déchira les obligations et les jeta dans les lieux d'aisance. On ne trouva rien chez lui, ni sur lui; il fut relâché. Quelques jours après, pris de vin, il raconta à des amis le bon tour qu'il avait joué à la police. L'un d'eux était un mouchard et alla le dénoncer. On fit vider les fosses d'aisances, on retrouva les débris des obligations et, le 15 août 1885, M... fut arrêté.

©BIUM

Aussitôt il se mit à simuler. Envoyé une première fois à la Santé, il fut mis en observation et un premier rapport le déclara responsable ; mais le jour du jugement il fut pris de vomissements pendant l'audience. — J'ai su depuis qu'il avait avalé du tabac. — On dut renvoyer l'affaire à une autre session.

On le ramena à la Santé. Nous avons pu alors l'observer longuement. M... est taciturne ; il cause peu et semble fuir la société de ses codétenus ; quand on l'interroge, il répond par phrases brèves et saccadées, avec des gestes secs. Quand on lui demande la cause de son internement, il cherche par des réponses évasives à détourner la conversation ; si on insiste, il s'arrête brusquement, semble prêter l'oreille comme s'il avait entendu un bruit : « Il y a quelqu'un derrière ce mur, dit-il, on « nous écoute, prenez garde, j'ai entendu, nous recauserons « une autre fois. » Il sort et il est impossible de le faire rentrer et d'en tirer aucun renseignement.

Souvent il se lève et cause tout haut pendant la nuit. Nous essayons de lui faire comprendre qu'il trouble le repos des autres malades et nous lui conseillons d'être calme. « Il le faut! « nous répond-il toujours, quand le Grand Génie vient me vi« siter, il faut que je lui parle et que je lui obéisse! » Il raconte alors qu'un grand génie le visite souvent la nuit, être mystérieux dont il implore la protection. Les yeux égarés, les mains levées, envoyant des baisers, il s'écrie : « Grand Génie, « sauve-moi, je suis M... ton serviteur! »

Nous avions remarqué à cette époque que M... qui dormait peu la nuit, dormait fréquemment dans la journé. Il n'existait donc pas d'insomnie à proprement parler.

Nous avions remarqué également que M... était violent et emporté, toujours prêt à lever la main sur ses codétenus à la moindre querelle. Un jour il souffleta un aliéniste chargé de l'examiner.

Au bout de quelques semaines, il fut transféré à Sainte-Anne où il fit un séjour de plusieurs mois. Astucieux et intelligent, il observait ce qui se passait autour de lui et il excellait à en tirer parti. Malheureusement pour lui, il tenta de s'évader ; cette tentative le perdit.

Il y avait alors à Sainte-Anne un individu dangereux, aux instincts mauvais et aux conseils perfides. Cet individu compte au moins douze condamnations et il est rentré à plus de dix reprises différentes dans les asiles. C... (c'est son nom) devint le confident habituel de M.., et ce dernier lui raconta son his-

©BIUM

toire : ils résolurent de s'évader. Ils se firent au préalable placer à l'infirmerie qui est, paraît-il, l'endroit le plus propice aux évasions. C... s'échappa et, quatre jours après, M... jugea que son tour était venu. Défiant néanmoins et toujours sur ses gardes, il voulut auparavant tenter une épreuve. Un soir, il fit un mannequin avec ses oreillers et ses habits, le coucha dans son lit et alla passer la nuit aux lieux d'aisance. Le gardien ne s'aperçut de rien et son absence ne fut pas remarquée. M... en conclut qu'il pouvait s'évader sans crainte. Mais il avait mal calculé la hauteur du mur d'enceinte, car en sautant dans la rue, il se cassa la jambe. Des conscrits attardés qui passaient le relevèrent et le conduisirent à l'hôpital Necker. Tout en sentant combien cette tentative allait contribuer à détruire toutes ses combinaisons, M... comprit néanmoins qu'il devait soutenir son système de simulation jusqu'au bout. On lui plaça un appareil plâtré sur sa jambe fracturée ; la nuit il l'enleva et cela à plusieurs reprises. « Je savais bien, disait-il à son con-« fident, qu'en agissant ainsi je retardais ma guérison et mal-« gré toutes mes précautions, cela me causait les plus vives « souffrances. Mais peu m'importait : je voulais laisser par-« tout des traces évidentes de folie. »

Il fut alors ramené à la Santé pour la troisième fois. Très observateur et surtout méfiant, il avait été à Sainte-Anne à bonne école. Il avait modifié son délire, mais d'une façon pour ainsi dire insensible. Il n'invoque plus le Grand Génie qui le protège ; ce Grand Génie s'est incarné en lui et lui a donné une puissance formidable. « Le Grand Génie, c'est moi, nous « écrit-il, et bientôt je serai dans l'autre monde sans mourir : « vous savez très bien que je ne dois pas mourir puisque je me « suis suicidé plusieurs fois, et toujours le Grand Génie de sa « main toute-puissante m'a sauvé ; ni corde ni poison ne peu-« vent rien sur moi. » Et encore : « Un jour, voilà longtemps, « il m'a dit : Je t'ai choisi pour me remplacer ; tu auras long-« temps mal à la tête, et lorsque tu seras guéri, tu quitteras « le nom de M... et tu diras, je m'appelle le Grand Génie « autrefois M... ! Voilà le nom que je veux que tu portes. Ma « mère, ajoute-t-il, vient souvent me dire : Tu es l'enfant du « Grand Génie. Dieu m'envoie te le dire ! Je la vois toutes les « nuits ; mais elle disparaît de suite, pour que personne que « moi ne la voie. »

Il ne s'explique pas sur la nature, sur l'essence particulière du Grand Génie. — Lorsqu'on l'interroge à ce sujet, il répond :

©BIUM

« Le Grand Génie ne m'a pas dit qui il était, seulement il est « tout-puissant, » et en s'incarnant en lui, il lui a remis sa force. « Les juges ne peuvent plus rien me faire, dit-il, je les « vois quelquefois ; mais aussitôt que je me lève, ils disparais- « sent et je ne vois plus personne. Voilà plusieurs fois qu'ils « me font aller à la Conciergerie pour me juger ; mais lors- « qu'ils savent que je suis le Grand Génie, ils ne veulent plus. « Ils me retiennent ici ; mais ils ne savent pas qu'un jour ou « l'autre je les ferai disparaître tous et les rendrai fous pour « l'éternité ! Le couteau du bourreau ne peut rien sur moi. »

Il se mit alors un ruban rouge à la boutonnière. Lorsqu'on lui demandait quelle était cette décoration : « Je ne sais pas, disait-il, c'est le Grand Génie qui m'ordonne de la porter ! » Si on insistait : « C'est l'ordre Wilson, disait-il, j'ai travaillé pour lui. »

Une nuit nous fûmes appelé précipitamment auprès de M..., on l'avait trouvé pendu dans les cabinets. Il avait les yeux grands ouverts et la face congestionnée ; il semblait respirer avec angoisse et se plaignait d'une douleur vive à la gorge. Nous n'avons pu constater de sillon sur le cou, ni le jour même, ni les jours suivants. C'était une tentative de suicide simulée, et admirablement simulée. « J'avais pris toutes mes précau- « tions, disait-il ensuite, et j'étais sûr de ne courir aucun « danger sérieux. J'avais attaché les portes avec des ficelles à « à l'intérieur, afin de faire croire que j'avais voulu empêcher « ainsi, qu'on vienne me déranger. Je me mis ma cravate au « cou, je l'attachai à une traverse à laquelle je me soutins « avec les mains, un pied appuyé sur la porte des cabinets ; et « j'attendis que quelqu'un vint essayer d'ouvrir et donner l'a- « larme, ce qui ne tarda pas. Quand je sentis la porte céder « sous la poussée des gardiens, je me laissai glisser très dou- « cement, et favorisé par l'obscurité, je ne lâchai complète- « ment la traverse que quand l'un d'eux monta sur les cabi- « nets pour couper la cravate. Je ne sais combien de temps je « restai pendu ; mais néanmoins, je perdis connaissance pen- « dant quelques minutes. »

Notre chef de service, M. Variot, voulut éprouver M... Il prit dans une armoire un flacon, dont l'étiquette portait poison et dans lequel on avait préalablement mis de l'eau teintée avec du sirop de groseille. « Si vous désirez réellement mourir, lui dit-il, voici du poison, buvez !... » M... but sans sourciller. — « Je « savais bien, racontait-il après, que je n'avais rien à craindre

©BIUM

« de la part du médecin ; aussi je bus en toute confiance. »

M... n'oubliait jamais son rôle ; comme un acteur en scène, il était toujours prêt à la riposte. Il avait adopté certaines phrases, certains axiomes, certains gestes dont il ne se départait jamais. Je l'ai observé pendant un an et demi environ ; je l'ai toujours vu avec la même voix brève, saccadée, les mêmes gestes brusques et cassants, la même démarche précipitée et heurtée, le même visage d'extatique, avec ses yeux égarés aux pupilles dilatées par quelque chimérique vision.

Pendant son long séjour à l'infirmerie des prisons, il a été relativement calme. Il se levait de temps en temps la nuit, gesticulant et parlant à haute voix. Lorsque le lendemain je lui demandais pourquoi il troublait ainsi sans pitié le repos de ses codétenus, il me répondait invariablement : « J'avais mal « à la tête ! »

De temps en temps, son caractère violent et emporté lui amenait de vives altercations avec les autres détenus ou avec les infirmiers. — Une seule fois, trompant la surveillance de gardiens négligents et peu attentifs, il s'échappa de l'infirmerie et s'en alla dans l'une des cours du quartier commun, et plaçant son oreille contre le robinet de la pompe, il appela les autres détenus, disant : « C'est un téléphone secret qui corres- « pond avec la préfecture de police et l'Elysée ! »

Un autre jour, ayant frappé un infirmier, je le fis priver de vin, il entra dans une vive colère et me lança un pot de potage. Toujours menaçant, et ne voyant qu'un moyen de le ramener à des sentiments meilleurs, ne pouvant le mettre dans une cellule, je le fis camisoler pendant trois heures. « On m'a étendu dans « mon lit comme un Christ en croix, dit-il, c'est le martyre qui « commence. L'interne est vendu aux juges qui me persécu- « tent depuis longtemps ; c'est eux qui l'envoient chaque nuit « me tourmenter : c'est eux qui lui ont ordonné de me cruci- « fier. Mais je ne crains rien ; je vais terminer mon martyre « pour avoir la grande croix du Grand Génie. Plus vous me « ferez de misères, plus ma croix sera grande. »

Plusieurs aliénistes avaient émis des doutes sur l'état mental de M... et le lui avaient donné à entendre. « Je ne suis « pas fou, s'écriait-il avec colère ; vous m'avez placé à Sainte- « Anne au milieu de fous ; pourquoi ? Vous savez bien que la « folie se gagne ; vous voulez me faire devenir fou, m'enfermer « pour toujours dans un cabanon ! »

Il réclame avec insistance qu'on le juge : « Je ne me rap-

©BIUM

« pelle plus ce que j'ai fait ; mais ça ne fait rien, écrit-il à un « des médecins légistes chargés de l'examiner, je dirai tout ce « que l'on voudra ; je suis l'auteur de tous les vols qui ont été « commis à Paris et dont les auteurs sont restés ignorés. « Voilà bien longtemps que je suis en prison et je ne sais pas « pourquoi. J'ai été plusieurs fois en jugement, mais les juges « ne veulent pas me condamner ; ils craignent ma puissance « de Grand Génie et ils voudraient que les médecins leur ré- « pondent de tout. Je vous préviens, je suis fatigué, il faut « en finir, je ne vous dis que ça, le reste est mon secret. »

Enfin, un dernier rapport fut fait, et il fut décidé que M... allait être jugé.

Il sentit qu'il jouait sa dernière partie et il mit tout en jeu pour la gagner ; mais par malheur pour lui, il employa un moyen détestable. Il y avait alors à l'infirmerie centrale un individu condamné pour homicide involontaire et ayant séjourné à Sainte-Anne où il avait présenté des accidents de manie aiguë. M... lui demanda des conseils pour mieux simuler et tromper définitivement ses juges. Il obtint peu de renseignements de ce côté. Anxieux, plein d'inquiétude, il se confia à son codétenu et lui raconta toute son histoire : c'est presque de point en point celle que nous venons de rapporter. « Ils ne pourront pas me juger, » disait-il ; et il exposait un plan qu'il exécuta du reste comme suit.

On mit M... dans la voiture cellulaire pour le conduire au palais afin d'être jugé. En arrivant, les gardiens ne furent pas peu étonnés de le voir descendre de voiture complètement nu (c'était au mois de février, et le thermomètre marquait de 15 à 18° au-dessous de zéro). Néanmoins on le fit habiller et on passa outre. Il espérait alors se procurer des vomisssments pendant l'audience, en avalant du tabac, comme précédemment ; mais les matières vomies la première fois avaient sans doute été examinées, on avait eu des soupçons et il ne put s'en procurer. Il usa alors d'un autre stratagème : après l'audition des témoins, il demanda la permission de sortir de la salle d'audience, prétextant un besoin urgent. Le greffier lui fit en vain les sommations d'usage, il refusa formellement de rentrer dans la salle pour comparaître devant les juges et le verdict qui le frappait de cinq annés de prison et de dix ans d'interdiction de séjour, fut prononcé en son absence.

Maintenant, quel mobile a poussé M... à simuler pen-

©BIUM

dant si longtemps? Était-ce pour éviter la prison? Évidemment non, puisqu'il a été amené à faire ainsi trois ans de prévention. D'autre part, il comprenait parfaitement qu'une fois placé dans un asile, il n'en sortirait pas facilement. Le mobile de sa conduite, il l'a expliqué lui-même et, bien que l'explication ne fût pas pour nous, nous l'avons presque recueillie de ses lèvres. « Si je « passe devant les tribunaux et si je suis condamné, « disait-il, je suis complètement ruiné : la justice s'é- « tant emparée pour rembourser les obligations volées « de tout ce qui constitue ma petite fortune — une « vingtaine de mille francs. — C'est la plus profonde « misère! Reconnu irresponsable et rentrant dans un « asile d'aliénés, continuait-il, tout me serait restitué à « ma sortie. » C'était parfaitement logique et rationnel.

M... est en ce moment en cellule, à la prison de la Santé, attendant son transfèrement dans une maison centrale pour y purger sa condamnation. Il aurait dit peu charitablement à son retour du jugement : « Je « reçois sur la joue gauche le soufflet appliqué par moi « sur la joue droite du médecin aliéniste. Les loups ne « se mangent pas entre eux! »

Dernièrement nous sommes allé le visiter dans sa cellule. Nous l'avons d'abord observé pendant un instant à travers le petit judas qui permet de voir sans être vu. Il travaillait dans sa cellule, le visage résigné, l'air accablé. Aussitôt que la porte fut ouverte et qu'il nous aperçut, il eut une espèce de sursaut, il reprit sa physionomie d'extatique et, en deux secondes, la métamorphose était complète ; il était redevenu l'incarnation du Grand Génie. Le malheureux ne compte plus reprendre la petite fortune irrémédiablement perdue et qu'il avait si péniblement amassée. Mais il espère ainsi attirer sur lui l'attention du bureau des grâces et recouvrer le seul bien qui lui reste : la liberté.

©BIUM

Revue critique.

PATHOGÉNIE

ET

TRAITEMENT DE LA NEURASTHÉNIE

Par le Dr Georges LEMOINE
Agrégé de la faculté de Lille,
Médecin adjoint de l'asile de Bailleul.

I. Weir-Mitchell. *Traitement méthodique de la neurasthénie* Paris, 1883. — II. Arndt. *Die Neurasthenie ihr Wesen, ihre Bedeutung und Behandlung.* Leipzig, 1885. — III. F. Glénard. *De l'entéroptose.* Lyon, 1885-1887. — IV. Arcari Giovanni. *Sulla Neurasthenia.* Crémone, 1887.

En 1880, Beard créa le mot neurasthénie et s'en servit pour désigner une vieille maladie qu'il espérait ainsi rajeunir ; la dénomination nouvelle ne réussit pas à dissiper l'obscurité qui entourait la pathogénie et les symptômes de cette singulière affection, mais elle eut le mérite de la ranger définitivement parmi les maladies nerveuses et, ce qui est plus important, de provoquer des recherches fort intéressantes sur son traitement. La neurasthénie ne possède pas encore de définition satisfaisante, chacun l'envisageant d'une façon particulière ou sous une de ses formes spéciales. Pour Beard, c'est une névrose fonctionnelle, sans lésions, un trouble qui trahit la faiblesse du système nerveux ; il la regarde comme « un manque de nerfs ». Ce n'est certes pas là une définition. Arndt la considère plutôt comme « l'expression d'une hypertrophie du système nerveux dont la

©BIUM

principale cause se trouve dans la constitution chlorotique nerveuse ». De telles définitions ne prouvent qu'une chose, c'est qu'on n'est nullement d'accord sur la signification précise du terme neurasthénie et qu'on l'applique à toutes les névroses, à formes indécises, qu'on ne peut pas faire rentrer dans les variétés connues. Ce qui le prouve encore, c'est la richesse du vocabulaire dont on se sert pour désigner cette maladie non classée : névrose protéiforme, marasme nerveux, faiblesse irritable, névropathie cérébro-cardiaque, nervosisme, diathèse nerveuse, maladie cérébro-gastrique, vapeurs, hystéricisme, etc. etc.; car chaque auteur ne l'étudie guère que dans quelques-uns de ses symptômes et la définit seulement d'après les cas qu'il a observés. En un mot, on considère comme appartenant à la neurasthénie tous les troubles vagues de nature nerveuse, de cause inconnue, et on fait d'elle une sorte d'hystérie larvée.

Si la neurasthénie, en tant qu'entité morbide, n'est pas encore complètement sortie du chaos des névroses, certaines de ses formes sont déjà cependant assez bien isolées, grâce surtout aux travaux de Weir-Mitchell, Arndt et Franz Glénard, et, chose curieuse, bien que partant de notions pathogéniques très différentes, ces auteurs sont arrivés à formuler des méthodes de traitement dont les lignes principales ont entre elles les plus grands rapports.

I. — Se plaçant à un point de vue assez original, Weir-Mitchell fait jouer au développement du tissu adipeux un rôle considérable dans l'équilibre des fonctions organiques et par conséquent dans le maintien de la santé. « La perte de graisse coïncide toujours avec des conditions amenant l'appauvrissement du sang; d'un autre côté, le développement adipeux, borné à de certaines limites, semble marcher de pair avec l'amélioration de la santé dans tous ses points essentiels. » L'amaigrissement produit la faiblesse, la faiblesse engendre la neurasthénie; il est un de ses principaux symptômes et, chaque fois qu'on se trouve en présence d'un malade ayant maigri rapidement et dont la santé a subi le contre-coup de chagrins ou de toute autre

©BIUM

cause morale, on doit songer à la neurasthénie. Le caractère des neurasthéniques est celui des hystériques; il est mobile, bizarre, impressionnable et se traduit par une véritable ataxie mentale où tout se trouve faussé, idées et sentiments; ce caractère spécial, fait d'égoïsme et de désordres émotifs, réagit profondément sur les parents et voisins de la malade et fait d'elle, selon l'expression de Wendell-Holmes, un vampire qui suce le sang des personnes en bonne santé qui l'entourent. Le traitement que préconise Weir-Mitchell et auquel il a dû un grand nombre de guérisons, a précisément pour but de rétablir l'équilibre de l'embonpoint et avec lui l'équilibre mental; il est assez original pour mériter d'être exposé avec quelques détails.

L'isolement, le repos complet au lit, le massage, l'électrisation des muscles et un régime alimentaire sévère en sont les parties essentielles.

Il est indispensable de soustraire la malade à l'influence de son entourage; jamais on ne peut la soigner chez elle avec des chances sérieuses de succès. La mauvaise santé est devenue pour elle une habitude à laquelle elle tient beaucoup, à son insu, car elle sert à la rendre intéressante aux yeux de sa famille. Il faut que le médecin puisse la soumettre complètement à son influence; c'est pour cette raison que l'isolement est absolument nécessaire.

Il est quelques personnes nerveuses, encore fortes, et qui ne sont pas tout à fait devenues esclaves de leurs malaises, auxquelles l'exercice modéré est salutaire; c'est là une exception et, en général, la guérison s'obtient par le repos; non pas par un repos relatif sur une chaise longue ou un fauteuil, mais par le repos absolu au lit et sans faire aucun mouvement. « J'ai l'habitude, dans l'exécution de ma méthode de traitement complet, d'exiger le séjour au lit de six semaines à deux mois. Pendant trois à cinq semaines, je ne permets pas à la malade de s'asseoir sur son lit, ni d'y coudre, ni d'y lire. » Il lui est même interdit de se retourner seule; toutes les précautions sont prises pour que les fonctions naturelles puissent s'exécuter sans déplacement de la malade, et quand on fait son lit, des aides la transportent sur un lit voisin sans la remuer. Il est curieux de voir

©BIUM

avec quelle facilité, on pourrait même dire avec quel plaisir, des femmes nerveuses et anémiques se soumettent à ce repos absolu et à l'existence monotone qui en résulte. La malade passe d'une vie agitée et irrégulière dans une atmosphère de calme et de tranquillité ; elle est remise aux soins d'une garde-malade exercée, qui ne doit jamais lui parler de ses malaises ni se plier à ses fantaisies. Ce repos complet, physique et moral, est le principal élément de la guérison.

Le séjour au lit a l'inconvénient de diminuer l'appétit, de rendre les digestions plus lentes et de favoriser la constipation ; il amène un ralentissement notable des mouvements du cœur et diminue les oxydations. Le massage et l'électricité ont pour but d'obvier à ces inconvénients.

Le massage doit avoir lieu chaque jour et doit porter sur toutes les parties du corps, sauf la tête. Le masseur commence aux pieds; doucement il pince la peau, la soulevant et la roulant entre les doigts, puis il prend tour à tour les orteils, les muscles superficiels et profonds, les presse, les comprime et leur fait exécuter des mouvements. Les chevilles, les jambes, les cuisses sont ensuite traitées de la même façon ; la peau d'abord, puis les tissus superficiels et enfin les muscles profonds sont successivement pétris par l'opérateur. Il en est de même pour toutes les parties du corps ; il faut donner un soin particulier aux muscles des lombes et de la colonne vertébrale. Pour le ventre, on pince d'abord la peau, puis on saisit et on roule les parois musculaires dans les mains, et enfin on masse l'abdomen tout entier du talon de la main. Tout ce manuel opératoire est minutieusement décrit et de sa bonne application dépend en partie le succès de la cure. Légères au début, ces manœuvres doivent peu à peu devenir plus rudes, et la durée de chaque séance, qui est d'abord d'une demi-heure, finit par atteindre une heure. Au début, le massage peut augmenter l'excitation nerveuse chez certaines femmes ; mais ce symptôme disparaît au bout de quelques jours pour faire place à une sensation très vive de bien-être. Le massage doit être continué pendant six à huit semaines et il ne faut le cesser que lorsque la malade commence à se lever. Il a pour but d'exercer les

©BIUM

muscles et de leur faire faire les mouvements qu'interdit le repos absolu ; il remplace l'exercice et active la circulation. Après quelques séances les tissus deviennent roses, les veines commencent à se montrer et les gros vaisseaux se remplissent.

L'électricité est le second moyen employé pour exercer les muscles des personnes soumises au repos. Weir-Mitchell se sert d'un courant induit, interrompu de deux en deux secondes. Les électrodes sont placés sur chaque muscle tour à tour et à la distance d'environ quatre pouces, d'abord aux jambes, puis à l'abdomen, au dos et enfin à la poitrine et aux bras. Chaque séance doit durer de quarante minutes à une heure. Tous les muscles externes doivent être successivement exercés. De même que le massage, l'électrisation élève la température du corps, sans doute parce que tous les deux stimulent les tissus de manière à produire une accélération dans les mouvements de désintégration moléculaire. Toutefois, l'auteur ne se sert pas de l'électricité dans tous les cas, et de tous les moyens qu'il emploie, c'est le seul dont on peut parfois se dispenser.

Le régime alimentaire est l'objet de recommandations toutes spéciales. Quand la malade a de l'embonpoint et qu'on peut la ranger dans la catégorie des *anémiques grasses*, il faut la soumettre à une diète lactée graduée de façon à lui faire perdre une demi-livre de son poids par jour. Avec deux litres de lait par jour on obtient ce résultat. Cet amaigrissement est très bien supporté, sans perte de forces et sans symptômes fâcheux. Peu à peu ensuite on ramène la malade à un régime normal. Quand il s'agit de malades maigres, on les soumet aussi à la diète lactée, tant qu'elles présentent de la dyspepsie, puis on les amène progressivement à la suralimentation. C'est la garde qui doit les faire manger comme un enfant, et il est surprenant de voir les quantités d'aliments que peut ainsi absorber une personne, qui mangerait très peu si elle se nourrissait elle-même. Lait, côtelettes, biftecks, etc., font partie de ce régime. On doit avoir soin de maintenir toujours le ventre libre au moyen de laxatifs légers ou de lavements purgatifs. Quant aux boissons alcooliques, Weir-Mitchell ne les prescrit plus, et les remplace par des préparations ferrugineuses.

©BIUM

Telles sont les lignes principales de la méthode introduite par Weir-Mitchell dans la thérapeutique de l'hystérie. Entre les mains de son auteur elle n'a presque donné que des succès, de même qu'entre celles des médecins anglais et allemands qui s'en sont servi. Playfair l'a adoptée un des premiers et dans un discours qu'il prononça à la réunion annuelle de la « British medical association » en 1882, en fit un pompeux éloge ; c'est d'après lui la seule méthode capable de donner des résultats à peu près certains dans le traitement de l'hystérie. Holst (1), de Riga, conclut dans le même sens, et Brosius (2), après avoir analysé le livre de W. Mitchell dans une Revue critique très complète, cite les résultats de sa pratique personnelle, qui sont excellents. En France, cette méthode est à peine connue et fort peu employée. Et cependant la neurasthénie a beaucoup été étudiée chez nous depuis quelques années ; mais on s'est peu occupé de son traitement. Si on veut de plus amples renseignements à ce sujet, on peut les trouver dans l'excellent livre de M. Cullerre, *Nervosisme et Névroses*, que nous ne faisons que citer ici, son analyse nous demanderait trop de place.

II. — Moins consolant que celui de W. Mitchell, est le livre de Arndt. Pour lui tout le monde est neurasthénique; personne n'est épargné quel que soit l'âge ou le sexe. La neurasthénie, comme un protée, se présente sous les formes les plus inattendues et ses conséquences sont lamentables. Ses symptômes sont tellement nombreux qu'Arndt se voit dans la nécessité de créer une foule de mots nouveaux, très peu harmonieux, pour les dénommer et les distinguer les uns des autres, et ce n'est certes pas là une des conséquences les moins malheureuses de l'invasion de la neurasthénie. « La fonction des organes peut être élevée, diminuée, suspendue, modifiée ; *energasies*, *hypergasies*, *anergasies*, *parergasies*, et suivant que telle ou telle fonction, tel ou tel

(1) *Holst, Bericht über die Thatigheit der Heilanstalt für Nervenkranke.* Riga, 1886.
(2) *Der Irrenfreund*, nos 9, 10, 11, 1886.

©BIUM

organe sont modifiés, on peut constater, par exemple, l'*hyperesthésie*, la *parakinésie*, l'*enekkrisie*, l'*hypoplasie*, la *paratrophie*, la *dysthermosie*, la *paragrypnie*, etc., etc.» (Lannois. *Revue de méd.*, 1887). En résumé, on est neurasthénique parce qu'on est chlorotique nerveux ; on est chlorotique nerveux parce qu'il y a *hyp-et paremphysie* héréditaires, parce que l'espèce humaine est dégénérée ; il y a hyp-et paremphysie parce qu'on vit mal, on se loge mal, on mange mal, parce qu'on se morphinise, se nicotinise, se cannabinise, se syphilise, s'alcoolise, etc., etc.; parce que les guerres moissonnent les hommes robustes et ne laissent que les faibles. Le correctif de tous ces maux c'est qu'il reste une excellente population féminine, « qu'on ne doit pas juger d'après les Parisiennes ou les femmes des romans de Dumas ou de Zola, » et parce qu'on a moins d'enfants et qu'on les soigne mieux. (Lannois.)

J'ignore si Arndt a des griefs particuliers contre les Parisiennes, mais la chose est probable ; car il est sans pitié pour elles et les range toutes parmi les neurasthéniques sans vouloir en excepter une seule. Il devrait au moins se montrer plus bienveillant pour ses lecteurs qui, eux, ne lui ont jamais rien fait, et parler avec eux allemand et non pas grec ; peut-être alors le comprendraient-ils. Il semble, en effet, penser que les anciennes maladies ne peuvent pas être étudiées avec fruit, si on ne les rajeunit pas en changeant leurs noms. Aussi rien ne le retient dans cette voie; avec lui une crampe devient une *dyskinésie*, une névralgie une *dysesthésie*, la sueur qui couvre les joues de l'abbé qui guette Esmeralda, dans l'œuvre de Victor-Hugo (*sic*), est un symptôme de l'ordre des *dysekkrisies*, etc. J'en passe et des meilleurs.

Il décrit la neurasthénie chez les jeunes filles, chez les femmes, qu'elles habitent la ville ou la campagne, car les paysannes ne sont pas épargnées ; il l'étudie chez les Romains, chez les Français, même chez les Allemands (!). Il la rencontre chez les vieillards et sait la reconnaître chez les nourrissons ; il s'étend à ce propos sur les précautions à prendre pour que leur neurasthénie ne fasse pas des progrès trop rapides quand ils traversent la période de la dentition.

La lecture de la terminologie de Arndt fait penser à

©BIUM

certaine page de Molière ; il est vrai qu'elle a un semblant d'utilité, quand on réfléchit au nombre incalculable de symptômes que doit présenter la neurasthénie, puisque cette maladie s'étend de « l'aspiration vague vers quelque chose de nouveau » jusqu'à l'accès épileptique ou hystérique. Tout le monde est neurasthénique, et ce qu'il y a de plus triste, c'est qu'il n'existe pas de traitement efficace contre cette maladie. Tout au plus peut-on obtenir des rémissions ou une apparence de guérison à force de soins. Le repos, l'hygiène, un régime approprié sont les principaux éléments de ce traitement auquel l'auteur adjoint le bromure, l'opium, l'hydrothérapie, etc.

III. — On est heureux, en sortant du pessimisme de Arndt, de rencontrer quelqu'un qui ait la foi, et certes c'est là une qualité que personne ne refusera à l'apôtre de la méthode de Brand. Franz Glénard a isolé une des formes cliniques, je dirai même anatomique, de la neurasthénie, il en a fait une entité morbide, une maladie nouvelle, si l'on veut, et ce qui est mieux, il la guérit. On est bien près d'être convaincu quand on a lu les pages dans lesquelles Fr. Glénard expose avec chaleur sa théorie et sa méthode de traitement, et on l'est tout à fait lorsque, après s'être trouvé en présence d'un des cas qu'il indique et avoir suivi ses préceptes, on a obtenu la guérison de la malade. Il apporte dans l'étude de la neurasthénie gastro-intestinale toute l'ardeur qu'il a mise à défendre autrefois le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, et comme la foi est contagieuse, on est bien vite du même avis que lui (1).

Ne voulant pas aborder l'étude de la neurasthénie en général, dans laquelle on s'égare presque fatalement, Glénard a limité ses recherches à une de ses variétés les plus importantes, la neurasthénie gastrique ou dyspepsie nerveuse. Apportant dans son travail une mé-

(1) FRANZ GLÉNARD. — Application de la méthode naturelle à l'analyse de la dyspepsie nerveuse. Détermination d'une espèce. De l'entéroptose. *Lyon médical*, 1885.

Neurasthénie et entéroptose. *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1886.

Sur un cas de neurasthénie gastrique. *Province médicale*, 1887.

Du traitement de l'entéroptose. *Lyon médical*, 1887.

©BIUM

thode aussi sévère que possible, il s'est attaché à isoler chacun des symptômes, à les grouper selon leur importance et leur fréquence et enfin à rechercher de quelle altération ou de quel mauvais fonctionnement d'organes ils dépendaient. Il classe en quatre groupes essentiels les symptômes de la neurasthénie gastrique et les dispose ainsi d'après leur constance :

1° *Symptômes asthéniques :* faiblesse générale, lassitude ;

2° *Symptômes mésogastriques :* tiraillement, douleur d'estomac, sensation de fausse faim ;

3° *Symptômes gastriques :* étouffements, vapeurs, bâillements, vomissements ;

4° *Symptômes névrosiformes :* insomnie, irritabilité, hypochondrie, céphalalgie, crampes, etc., etc.

Règle générale, ces neurasthéniques dorment mal et sont toutes constipées ; elles se réveillent presque toujours entre une et deux heures du matin et ressentent des malaises vagues jusqu'au moment où elles se rendorment vers les cinq heures pour se réveiller assez tard ; de plus leurs selles sont irrégulières, la constipation domine, mais avec des alternatives de diarrhée. Enfin, la nature de l'alimentation exerce une grande influence sur l'intensité de leurs malaises que certains aliments aggravent singulièrement.

Des symptômes objectifs très nets s'observent toujours chez ces malades et permettent de préciser le diagnostic ; ils sont révélés par l'examen méthodique de l'abdomen, car la neurasthénie gastrique est sous la dépendance d'un trouble survenu dans la partie abdominale du tube digestif. Un déplacement du rein ou d'une partie de l'intestin, un changement survenu dans les rapports des organes abdominaux, une diminution ou une augmentation de leur volume, etc., suffisent pour développer une série d'accidents hystériformes qui constituent le syndrome neurasthénique. On comprend facilement la sympathie qui se développe entre les viscères de l'abdomen et le système nerveux, quand on se rappelle combien la moindre douleur ressentie dans cette région réagit vite sur le moral. — Les signes objectifs fournis par l'examen de l'abdomen sont les suivants : 1° La déformation, la flaccidité et la dépressibilité de

©BIUM

l'abdomen, qui indiquent une diminution de tension intra-abdominale et un relâchement des parois ; 2° des signes qui expriment la diminution de calibre de l'intestin, corde colique transverse, boudin cœcal sensible ; 3° enfin, des signes d'abaissement de l'un des organes contenus dans l'abdomen, clapotage et gargouillement gastriques, chute du rein, chute de l'intestin (néphroptose, entéroptose), etc.

Ces signes objectifs concordent avec les signes subjectifs cités plus haut ; ils expliquent les douleurs gastriques vagues, les tiraillements, les perversions de l'appétit, la constipation et tous les phénomènes nerveux qui en résultent. La neurasthénie s'accompagne presque toujours de troubles digestifs et ce sont même ceux-ci qui ouvrent la scène. Et ce n'est pas là une simple vue de l'esprit ; Glénard a pu constater, à l'autopsie de sujets morts d'une maladie intercurrente, les lésions, ou pour mieux dire, les signes de l'entéroptose : chute d'une anse intestinale, brides, adhérences, déplacements quelconques. La neurasthénie reste une névrose, mais une névrose dont le point de départ réside dans des troubles organiques.

Les indications thérapeutiques qui résultent de la pathogénie sont donc les suivantes :

1° Relever et maintenir élevée la masse intestinale ;
2° Augmenter la tension de l'abdomen ;
3° Régulariser les évacuations intestinales ;
4° Exciter les sécrétions du tube digestif ;
5° Alimenter la malade ;
6° Tonifier l'organisme.

Pour les remplir, il faut que la malade se soumette à un traitement qui, tout au début, peut paraître pénible, mais qui est très bien supporté, tant est grand le soulagement qu'il apporte. Pour lutter contre l'entéroptose, elle doit porter une sangle ou ceinture pelvienne, très serrée, placée très bas, retenue par des sous-cuisses, et la garder jour et nuit. Chaque matin, vers une heure, au moment du premier réveil, Glénard fait prendre à ses malades un demi-verre d'eau purgative ; non seulement il évite ainsi la constipation, mais encore il ramène le sommeil. Le laxatif est le meilleur somnifère du dyspeptique (F. Glénard) ; en très peu de jours, les malades

©BIUM

soumises à ce régime recouvrent le sommeil ; au début elles se réveillent encore un instant la nuit pour prendre leur verre d'eau, plus tard elles dorment jusqu'au matin sans interruption. L'alimentation est l'objet de soins tout particuliers ; la malade doit faire par jour quatre repas dont les menus sont complètement formulés ; le lait, le vin, les sauces sont rigoureusement interdits. L'auteur donne toute une classification des aliments, selon la façon dont ils sont tolérés par les malades, et elle doit servir de règle pour leur alimentation. Des alcalins pendant les repas ou mieux une cure à Vichy complètent le traitement avec l'hydrothérapie.

Le traitement proposé par Fr. Glénard s'inspire exclusivement de la clinique et n'a été formulé par lui en son entier qu'après de longs tâtonnements. Depuis qu'il l'emploie, il a traité plus de quatre cents malades atteints de neurasthénie gastrique, et il est bien rare que le succès n'ait pas répondu à ses efforts. Ce schéma de traitement n'a du reste rien d'absolu, il le dit lui-même, et le secret du succès consiste justement à le varier dans ses détails, de façon à répondre à toutes les indications qui peuvent se présenter.

Les recherches de Fr. Glénard sont intéressantes et méritent d'être poursuivies et soumises au jugement de l'expérience ; elles reposent sur des bases solides et les faits paraissent devoir confirmer leur exactitude. C'est dans ce sens qu'a conclu M. Féréol dans son rapport, lors de la discussion sur l'entéroptose, qui eut lieu à la Société médicale des hôpitaux de Paris : « Que l'entéroptose soit une maladie spéciale ou une simple lésion capable, chez les prédisposés, de produire des conséquences graves et d'altérer leur santé dans le sens où la prédisposition les entraîne, il y a là un fait clinique important, qui mérite attention, parce qu'il peut être la source d'indications thérapeutiques importantes. »

Quel que soit le sort que l'avenir leur réserve, les tentatives de Weir-Mitchell et de Fr. Glénard n'en sont pas moins très curieuses à tous égards et commencent à jeter quelque clarté sur cette question si obscure de la pathogénie et du traitement de la neurasthénie. Les succès de la méthode de Weir-Mitchell se multiplient chaque jour, Playfair en Angleterre, Binswanger, de

©BIUM

Leyden, Burkart, Ewald, Mendel en Allemagne, l'ont adoptée et s en trouvent bien. Elle a du reste les plus grands rapports avec celle de Glénard et, comme elle, cherche à obtenir le repos des organes et la régularité des fonctions physiologiques. La méthode de Glénard, plus récente, manque encore de la consécration du temps; mais il est permis de supposer qu'elle rendra, dans les cas où elle est indiquée, plus de services que la première, son emploi étant du reste beaucoup plus facile. Pour mon compte je m'en suis déjà servi plusieurs fois et je n'ai eu qu'à me louer des résultats que j'ai obtenus. Il faut espérer qu'elle tiendra toutes ses promesses et que la neurasthénie, ce mal envahissant et qui, selon Arndt, sévirait tout particulièrement sur les Françaises, finira par être justiciable des ressources de la thérapeutique.

IV. — Dans son excellente et très complète étude sur la neurasthénie, Arcari Giovanni, médecin de l'asile de Crémone, étudie ses causes et ses nombreuses variétés. Il distingue successivement les formes cérébrales, dont il donne deux bonnes observations, spinale, sexuelle, cardiaque, gastrique; mais peut-être a-t-il le tort de trop schématiser et de décrire plutôt des types théoriques que des types franchement cliniques. En même temps il fait rentrer parmi les symptômes de la neurasthénie certains troubles des sens, tels que le vertige auditif, et de la motilité, qui relèvent davantage de l'hystérie. A part cette légère critique, cet article est intéressant à lire, surtout parce qu'il résume d'une façon très claire et très complète l'état actuel de la question.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 25 JUIN 1888

Présidence de M. COTARD.

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

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de remerciements de MM. Chambard et Schüle.

2° Des lettres de candidature au titre de membre titulaire de MM. les docteurs Donnet et Pichon.

Une commission composée de MM. Falret, Ball et Vallon est désignée à l'effet de présenter un rapport sur la candidature de M. le Dr Donnet. — Une autre commission composée de MM. Ball, Bouchereau et Paul Garnier est nommée pour examiner les travaux de M. le Dr Pichon.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL fait remarquer que la Société est actuellement au grand complet, le nombre des membres titulaires ayant atteint le chiffre maximum statutaire. Il est décidé néanmoins, sur les observations de MM. Ball et Magnan, que les deux précédentes candidatures seront examinées dès à présent. Le titre de membre correspondant sera seulement décerné, pour se transformer, à la première vacance, en celui de membre titulaire.

3° Une lettre de M. le Dr Lagrange, médecin-adjoint du quartier des aliénés des hospices de Poitiers, sollicitant le titre de membre correspondant. Commission : MM. Magnan, Saury et Ritti, rapporteur.

©BIUM

La correspondance imprimée comprend :

1° La *Collection des anciens alchimistes grecs*, ouvrage adressé par M. le ministre de l'Instruction publique.

2° Une brochure intitulée : *Hypnotismus*, par le Dr de Jong.

3° Le dernier numéro du *Manicôme* privé de Fleurent.

4° La *Revue d'hypnotisme.*

5° Les *Annales médico-chirurgicales* du Dr Martineau.

6° La *Chronique du Manicôme* de Sienne, n° de mars et avril 1888.

Rapports de candidature.

M. Motet. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter au nom d'une commission composée de MM. Jules Falret, Bouchereau et Motet, le rapport dont vous l'avez chargée sur la candidatuture de M. le Dr Vétault au titre de membre titulaire de la Société médico-psychologique.

M. le Dr Vétault n'est pas inconnu de vous, Messieurs. En 1884, vous lui décerniez le prix Esquirol, sur les conclusions du rapport de M. le Dr Ballet ; permettez-moi de vous en rappeler les dernières lignes : « L'esprit qui a présidé à la rédaction de ce mémoire, le soin que l'auteur a mis à collationner les documents, la modeste réserve qu'il a apportée dans les développements théoriques, ont semblé à votre commission, répondre de tout point aux intentions des généreux fondateurs du prix : Esquirol et Mitivié, qui, comme le disait, il y a quelques années, l'un des rapporteurs auquel j'ai le lourd honneur de succéder ici, M. le Dr Bouchereau, ont eu surtout pour but de stimuler les jeunes, et d'encourager les vocations. »

Il s'agissait, vous vous en souvenez, Messieurs, du délire hypochondriaque dans certaines formes d'aliénation mentale. M. Vétault passait en revue les débiles intellectuels, les héréditaires, les délirants chroniques, les paralytiques généraux, les déments, et son étude, très complète, établissait sur trente-huit observations originales les éléments du diagnostic différentiel. En

©BIUM

récompensant son travail, vous avez, Messieurs, encouragé une vocation qui se dessinait déjà, et les promesses du lauréat ont été depuis fidèlement tenues.

C'est que d'ailleurs, M. Vétault avait été, dès le début de sa carrière médicale, un élève très laborieux ; en 1880, à cette Ecole de médecine d'Angers d'où nous sont venus à Paris des médecins de grand renom, M. Vétault fut deux fois lauréat, puis interne des hôpitaux, et quand il arriva à Paris, il concourut pour l'internat des asiles de la Seine. Il passa une année à Ville-Evrard, deux années à Sainte-Anne, et obtint, en 1884, la médaille d'or du concours de l'internat des asiles de la Seine.

Il avait publié un important mémoire sur la paralysie générale chez la femme. Le sujet avait tenté d'autres avant lui ; mais, admirablement placé dans le service de M. le Dr Bouchereau pour entreprendre une étude clinique, il rassembla plus de cent observations et formula des conclusions positives qui peuvent se résumer ainsi : La paralysie générale, chez la femme, atteint son maximum de fréquence entre trente-cinq et quarante-cinq ans, les malades appartiennent à la classe laborieuse des villes. Dans les observations recueillies, les femmes mariées forment le plus grand nombre. La misère, les privations, les soucis, semblent favoriser le développement de la maladie, plus encore peut-être que la débauche : il n'a rencontré que deux prostituées. La syphilis n'existait que trois fois dans les antécédents des malades, l'alcoolisme n'a pu être constaté que quatre fois. Le délire ambitieux est très fréquent et absolument semblable à celui qu'on observe chez l'homme. Il en est de même pour le délire hypochondriaque. La marche de la maladie est relativement plus courte, dans le plus grand nombre des cas. Chez quelques malades la marche a été très rapide, malgré quelques caractères particuliers, dus au tempérament spécial de la femme, lequel peut imprimer un certain cachet aux manifestations de la maladie ; les symptômes de la paralysie générale sont les mêmes dans les deux sexes et n'autorisent pas la création d'une forme spéciale à la femme.

C'est au développement de ces idées que le mémoire de M. Vétault est consacré. Nous n'avons pas à critiquer des déductions tirées de l'observation clinique la

©BIUM

plus consciencieuse, et cependant, M. Vétault eût peut-être été moins affirmatif au point de vue du genre de vie, s'il avait eu l'occasion d'observer dans un autre milieu, s'il avait vu combien sont relativement rares les cas de paralysie générale chez la femme, dans les maisons de santé par exemple, qui reçoivent des malades appartenant aux classes aisées de la société. Peut-être aurait-il été alors autorisé à dire, à propos de l'étiologie, que la paralysie générale apparaît d'autant plus fréquente chez la femme, que son genre de vie, ses habitudes se rapprochent plus du genre de vie et des habitudes de l'homme. Mais cette opinion qui nous reste personnelle, n'enlève rien au mérite d'un travail où se retrouvent les solides qualités d'un bon observateur, d'un médecin parfaitement au courant de ce qu'ont écrit sur ce sujet Sander, Krafft-Ebing, Siney, Sioli, Schüle, Régis, etc.

En 1887, M. Vétault soutenait sa thèse inaugurale : il avait pris pour sujet « l'alcoolisme au point de vue médico-légal ». Ce travail est une œuvre considérable, où la question de l'alcoolisme a été envisagée sous ses faces multiples. Il semblerait, au premier abord, que rien n'est plus simple que de déterminer l'état mental d'un alcoolisé, et d'en déduire les conclusions que demande au médecin-expert le magistrat chargé d'instruire à l'occasion d'un crime ou d'un délit. J'en appelle à tous ceux qui ont été aux prises avec les difficultés des expertises médico-légales, et je suis sûr de n'être pas contredit par eux, quand j'affirmerai que rien n'est parfois plus délicat, et qu'il est impossible d'avoir une solution qui réponde à tous les cas. Si, à propos de chaque affaire, il importe d'étudier, non plus seulement les conditions dans lesquelles l'acte réputé crime ou délit a été commis, mais bien encore les conditions individuelles de l'état mental de chaque inculpé, c'est surtout à propos des alcoolisés que cette étude approfondie devient plus nécessaire. Entre la simple excitation alcoolique et le délire toxique, il y a place pour une infinie variété de degrés, et c'est à préciser ce que chaque fait particulier peut présenter de spécial, que le médecin-expert doit s'appliquer. Pénétré de cette idée, M. Vétault a divisé son travail en quatre parties. Dans

©BIUM

la première, il traite de l'ivresse simple, d'abord, et des diverses boissons alcooliques qui la déterminent, le vin, les eaux-de-vie, le rhum, le kirsch, l'absinthe, la bière ; de l'ivresse accidentelle, provoquée ou préméditée ; de l'ivresse compliquée ou pathologique, et il donne de nombreux exemples. Dans un second chapitre, il étudie l'intoxication alcoolique proprement dite, le délire alcoolique aigu ou subaigu ; dans un troisième, l'alcoolisme chronique, et enfin dans un quatrième, la dipsomanie. Et, tirant des observations les conséquences qui naturellement en découlent, M. Vétault conclut : que le médecin expert se trouve, vis-à-vis des alcoolisés, en présence de cas complexes dont la solution est aussi délicate que difficile. Qu'aucune règle fixe, absolue, ne peut être posée, et que c'est seulement dans l'examen de chaque cas, dans l'étude des antécédents, dans la particularité, dans les caractères multiples, variables suivant chaque individu, que se peuvent trouver les éléments d'une appréciation médico-légale scientifique.

En recommandant la prudence, la réserve qui permettent d'éclairer la justice sans compromettre les intérêts de l'inculpé, M. Vétault nous paraît avoir obéi à l'une de ces préoccupations élevées qui doivent toujours hanter l'esprit du médecin-expert. C'est avec une entière indépendance qu'il doit aborder les difficiles problèmes de la médecine légale ; il ne doit se prononcer que quand il s'est fait une conviction scientifique, établie sur des données acquises au prix d'un travail continu ; il ne doit rien avancer qu'il ne puisse démontrer. Il doit surtout se bien pénétrer de cette idée, qu'il n'appartient ni à l'accusation, ni à la défense, il se meut entre elles dans une entière liberté, il essaie de porter la lumière sur des points obscurs, et la thèse de M. le Dr Vétault, consacrée à l'étude de l'alcoolisme, au point de vue médico-légal, est certainement une œuvre recommandable. Nous ne connaissions que les travaux de MM. Lentz et Peeters, de Belgique, qui aient abordé ce côté de l'alcoolisme. M. Vétault leur a fait de nombreux emprunts, puisant aussi aux sources, si riches chez nous, des travaux de Morel, de Lasègue, de Lunier, de Magnan, de Laborde, etc...

L'hommage qu'il rend à ces maîtres, devant lesquels

©BIUM

il s'incline respectueusement, lui vaudra, Messieurs toutes vos sympathies.

Les titres scientifiques de M. Vétault sont des plus, sérieux ; j'ajouterai, Messieurs, que je puis, comme ses anciens chefs de service, me porter garant de son honorabilité. En l'accueillant, la Société médico-psychologique s'adjoindra un membre laborieux, instruit, elle encouragera en même temps un homme en pleine activité, qui saura répondre par des travaux dignes d'elle, à l'honneur qu'elle voudra bien lui faire.

Votre commission, Messieurs, est unanime à appuyer la candidature de M. le Dr Vétault au titre de membre titulaire de votre compagnie et vous propose de lui faire l'honneur de l'admettre parmi vous.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées et M. le Dr Vétault est, à l'unanimité des membres présents, nommé membre titulaire.

M. Paul Garnier. — Messieurs, vous avez, dans votre dernière séance, désigné une commission composée de MM. Magnan, Briand et Paul Garnier, à l'effet d'examiner les travaux de M. le Dr Dupain, candidat au titre de membre titulaire de la Société médico-psychologique. C'est le rapport rédigé au nom de cette commission que j'ai l'honneur de vous soumettre aujourd'hui.

Nommé au concours interne des asiles de la Seine, en 1883, M. le Dr Dupain s'est depuis plusieurs années consacré à l'étude de la pathologie mentale. Pour se convaincre qu'il a su mettre à profit les années passées au contact journalier des malades, et qu'il a puisé largement dans les richesses cliniques que lui offrait le vaste champ d'observation où il se trouvait placé, il suffit de jeter les yeux sur l'important travail qu'il vous a adressé à l'appui de sa candidature.

Cette étude, dont les matériaux sont surtout empruntés au service de l'admission de l'asile Sainte-Anne, a pour titre : *Etude clinique sur le délire religieux.*

Existe-t-il une forme spéciale de maladie mentale que l'on puisse désigner du nom de *folie religieuse?* Pour beaucoup d'auteurs, vous le savez, Messieurs, il y a lieu de décrire, en effet, une folie religieuse, et de

©BIUM

considérer celle-ci comme une entité morbide reconnaissant une symptomatologie, une marche, un pronostic et un traitement à part. D'autres observateurs, au contraire, ne voient dans les différentes manifestations de ce délire religieux qu'un symptôme plus ou moins saillant d'une maladie primordiale. Pour ces derniers, dont l'opinion tend de plus en plus à prévaloir, à mesure que la doctrine des monomanies cède le terrain, il ne saurait donc être question d'étudier la folie religieuse comme une entité clinique isolable, ce qui ne veut point dire que la nosographie ait à s'en désintéresser; mais lorsqu'elle s'y applique, elle doit avoir surtout pour but de déterminer la valeur séméiologique des idées délirantes de religion, d'après les caractères qu'elles revêtent, suivant la variété d'aliénation mentale qui les conditionne.

Telle est, en effet, la tâche que s'est proposée M. Dupain. Disons, tout de suite, qu'il l'a menée à bonne fin et qu'il n'a pas craint d'élargir le cadre de son étude, de manière à y enfermer toutes les questions intéressantes qu'elle soulève.

Avant de dire ce qu'est le délire religieux, M. Dupain s'est préoccupé d'indiquer les conditions qui peuvent en favoriser l'éclosion : prédisposition héréditaire, éducation, milieu familial ou social. Sans songer à agiter les suprêmes problèmes de la philosophie et de la théodicée, l'auteur signale les rapports de l'idée religieuse, telle qu'elle se présente à l'état de phénomène social et individuel, avec la superstition qui en est comme une déviation dont la pathologie peut avoir à s'occuper.

Le chapitre qui a pour objet l'historique du délire religieux, sera lu par tous avec un grand intérêt. L'auteur y prend la question à son origine et la poursuit méthodiquement, époque par époque. Il serait presque superflu de rappeler que l'histoire de la folie religieuse, des actes de la basse superstition et du fanatisme aveugle, est liée intimement à l'histoire des peuples, et on conçoit qu'il y ait là matière à des considérations élevées.

Mais j'arrive à la deuxième partie, plus spécialement consacrée à la séméiologie du délire religieux dans les différentes formes mentales. A l'aide d'un grand nombre d'observations habilement présentées et groupées,

©BIUM

M. Dupain fait nettement ressortir les dehors qu'il affecte suivant le fonds morbide dont il émane. Il étudie aussi, tour à tour, ses caractères chez les héréditaires dégénérés, les délirants chroniques, les hystériques, les épileptiques, les maniaques, les mélancoliques, les déments apoplectiques, les paralytiques généraux, les alcooliques. Un chapitre est consacré aux conséquences médico-légales qui peuvent résulter des idées délirantes religieuses.

Avec l'ordre et la méthode qui président au plan général de sa thèse et en rendent la lecture facile et attrayante, M. Dupain subdivise ce chapitre en deux paragraphes. Le premier, sous le titre de *Médecine légale individuelle*, traite du meurtre, du suicide, de l'automutilation. Le second intitulé : *Médecine légale sociale*, met en cause les illuminés fondateurs de religion, les faits de contagion, les épidémies de délire religieux.

Je ne voudrais pas, Messieurs, retenir plus longtemps votre attention, persuadé que je suis d'ailleurs, que votre opinion est faite sur la réelle valeur du travail dont je viens d'esquisser les grandes lignes.

Ce que je tiens à dire, en terminant, c'est que l'étude de M. le Dr Dupain dépasse de beaucoup les limites du cadre d'une thèse inaugurale ordinaire. Il a écrit sur cette intéressante question une véritable monographie, qui prendra rang dans la science et sera utilement consultée par tous ceux qui voudront aborder ce sujet à nouveau.

En dehors des très nombreux faits cliniques qui y sont relatés, on y trouve des considérations de haute portée sur la philosophie, la morale, la religion, la sociologie, etc. Partout, l'auteur fait preuve d'une sérieuse érudition, d'un esprit éclairé et judicieux qui s'attache avant tout aux faits et évite de s'engager dans les faciles exagérations du théoricien. Toutes ces qualités vous promettent un collaborateur actif et consciencieux, que vous voudrez certainement vous attacher en lui accordant, conformément aux conclusions de votre commission, le titre qu'il sollicite.

Les conclusions du rapport précédent sont adoptées et M. le Dr Dupain, est nommé membre titulaire, à la majorité des membres présents.

©BIUM

Accidents épileptiques avec conscience. — Paralysie générale d'origine traumatique. — Présentation des malades.

M. B. Ball. — Messieurs, les malades que je viens vous présenter aujourd'hui me paraissent offrir un intérêt spécial. Les trois premiers confirment des traditions classiques et rentrent dans la catégorie des faits acceptés auxquels ils fournissent l'appui d'une éclatante démonstration ; le quatrième cas est au contraire absolument en dehors des règles ordinaires et c'est précisément de ce cas vraiment curieux que je vais vous parler tout d'abord. Il s'agit d'une femme qui fréquente depuis plusieurs années la clinique des maladies mentales et qui est atteinte du mal comitial sous ses trois formes principales, le haut mal, le petit mal et le délire d'action.

Dans ce dernier état elle présente des intervalles où la conscience se réveille et se manifeste pendant l'accès, contrairement à ce qui est presque universellement admis parmi nous. En effet, pour réunir les formes si variées que comporte l'épilepsie, on invoque volontiers un grand caractère, un caractère sur lequel Lasègue insistait souvent, un caractère dont M. Mesnet a récemment signalé toute l'importance dans un remarquable rapport lu à l'Académie de médecine.

« Dans l'état épileptique, dit M. Mesnet, l'effet immédiat de l'ictus est l'arrêt, la suspension plus ou moins complète de toute activité cérébrale, d'où résulte une sorte de stupeur momentanée, une anesthésie psychosensorielle. Le cerveau, centre de toutes nos activités nerveuses, dont l'action nous donne la connaissance du dehors et la connaissance de nous-mêmes, ne perçoit plus les excitations de nos sens, ne manifeste plus ses propres facultés de conscience, de jugement, de volonté, de mémoire.

« La notion du moi, plus particulièrement atteinte, reste suspendue ; et, alors même que les autres facultés se réveillant plus ou moins incomplètes semblent présider aux actes accomplis par le malade, l'être inconscient n'obéit, en réalité, qu'à une activité purement mécanique, née de la dissociation violente que le paroxysme

©BIUM

mental a opérée entre les centres perceptifs supérieurs annihilés et les centres secondaires ou moteurs. C'est l'automatisme, activité inconsciente, souvent brutale, qui échappe à toute action directrice. »

Or il est incontestable que, comme toutes les règles abstraites, cette formule trop absolue comporte des exceptions. S'il est vrai, par exemple, que le somnambulisme presque toujours s'accompagne d'une oblitération de la mémoire, pour la période comprise dans l'existence seconde, il n'en est pas moins vrai que certains somnambules conservent le souvenir des faits qui se sont présentés durant cette période.

Il en est de même en ce qui touche à l'épilepsie. Dans l'immense majorité des cas la mémoire et la conscience sont abolies pendant la crise, dans un petit nombre de faits exceptionnels il n'en est pas ainsi.

Il serait facile de glaner quelques cas de ce genre dans les auteurs : nous nous bornerons à rapporter une observation de Tuke et Bucknill.

Un épileptique est reçu à l'asile de Wickfield ; il ne présentait pas au moment de son entrée de troubles psychologiques, mais il prévint le médecin que selon toute probabilité il commettrait des actes de violences à la première attaque. Cette prédiction ne tarda pas à se vérifier. Deux attaques successives se produisent ; aussitôt après, le malade frappe violemment un de ses gardiens et insulte le Dr Major. Le lendemain il s'excuse auprès de ce médecin, et lui demande pardon des actes de violences qu'il a commis et des insultes qu'il lui avait adressées et dont il avait conservé un souvenir très complet.

On comprend l'importance que peuvent acquérir les observations de ce genre au point de vue médico-légal. Un homme commet un crime en état d'épilepsie ; il est considéré comme irresponsable ; mais si nous admettons la définition formulée par Lasègue, M. Mesnet et d'autres auteurs, cet homme ne sera pas considéré comme épileptique, pour peu qu'il ait conservé le moindre souvenir des événements qui se sont produits pendant l'orage.

Or, je vous apporte la démonstration de l'insuffisance de cette règle qui ne représente pas la vérité absolue,

©BIUM

bien qu'elle soit applicable à la majorité des cas. Il est des exemples dont l'observation actuelle est un des plus frappants, où le malade a des crises d'épilepsie pendant lesquelles la conscience n'est pas suspendue et après lesquelles le souvenir n'est point aboli.

Pendant longtemps notre malade est restée sans présenter de nouveaux accès de délire avec conscience ; mais depuis quelque temps, il y a quelques semaines environ, ces phénomènes se sont de nouveau reproduits avec une netteté parfaite et de nouveau elle a commis des actes délirants dont elle avait parfaitement conscience, mais, comme elle le disait, « je savais bien ce que je faisais, mais je ne pouvais pas m'en empêcher. » Mme G... est donc quelquefois dans un état d'irresponsabilité absolue, sa volonté se trouvant dominée absolument par l'impulsion épileptique; et cependant elle a conscience de l'acte qu'elle va commettre, elle en garde le souvenir après l'avoir commis. Encore une fois, ces faits sont exceptionnels, mais enfin ils existent et les explications fournies par la malade, femme très intelligente d'ailleurs, ne laissent subsister aucun doute à cet égard.

Je viens maintenant, Messieurs, vous présenter trois autres malades atteints d'une affection bien différente; ce sont des sujets chez qui la paralysie générale s'est développée à la suite d'un traumatisme. Les cas de ce genre certes ne sont pas rares ; on a vu des paralysies générales se développer à la suite de névralgie sciatique, de névralgie sous-orbitaire, de paralysie diphtéritique du voile du palais, et Foville nous a rapporté une remarquable observation de ce genre. Mais chez deux de nos malades et surtout chez le troisième, la netteté avec laquelle nous remontons aux origines de cette affection, rend le cas particulièrement intéressant.

Le premier malade, dont je ne vous dirai que quelques mots, est un type assez vulgaire de ce genre d'accidents.

C'est un employé des postes, qui, pendant un voyage à Limoges, se livrait à son travail dans le wagon-poste, lorsqu'un tamponnement du train se produisit. Il fut projeté sur les parois du compartiment et fut blessé à la partie postérieure de la tête. Il eut une plaie de $0^{m},04$ de longueur sur $0^{m},04$ de largeur, sans enfonce-

©BIUM

ment ni fracture, nous dit-on ; ce dernier point est douteux, car notre malade porte à la région occipitale, au niveau de la cicatrice, une dépression. Quoi qu'il en soit, il eut une perte de connaissance d'une dizaine de minutes et ne put reprendre régulièrement son travail. Le malade éprouvait de violents maux de tête, des bourdonnements d'oreille, de l'insomnie et une surdité presque complète, quoique cependant la lésion fût produite dans une région éloignée des centres où les localisateurs placent les facultés d'audition. Il se rétablit en apparence ; il fit quelques tentatives pour reprendre son travail, mais ne put continuer. Un jour voulant prononcer un discours sur la tombe d'un de ses amis, dont il avait suivi le convoi, ce discours fut un véritable scandale. Depuis lors il n'a pas recouvré la raison, et après une série d'actes insensés, délictueux et violents, il fut transféré à la maison de santé de M. le Dr Monribot, à Epinay-sur-Seine. Là il fut pris de délire des grandeurs, il était Président de la République et possédait des millions. A cette mégalomanie succéda un état de prostration avec monomanie religieuse.

Entré le 10 mai à la clinique, il a présenté les mêmes symptômes. Plus de trace de mémoire, l'affaiblissement des facultés intellectuelles est très manifeste. Il est dans un état d'agitation continuelle, il marmotte des paroles sans suite. L'embarras de la parole augmente chaque jour, il est gâteux. Le fait le plus intéressant est que dans les antécédents héréditaires et personnels, il n'existe aucune tare. C'est donc là un cas de paralysie générale traumatique.

Le second malade nous offre un exemple de paralysie générale occasionnée par une cause moins banale.

Il s'agit d'un homme de cinquante-deux ans, mécanicien, frappé d'un coup de foudre. Il travaillait dans son atelier la fenêtre ouverte, lorsque pendant un violent orage la foudre tombe sur la maison et un globe de feu pénètre dans la pièce où il se trouvait. Il se voit envelopper de feu ; saisi de terreur, il donne « un coup de poing dans l'éclair » non sans éprouver une secousse. C'est probablement à un phénomène, dont la nature est imparfaitement connue et que les physiciens désignent sous le nom d'électricité globuleuse qu'on avait affaire.

©BIUM

Bref, notre homme éprouve une violente secousse et perd connaissance. A son réveil, il est pris d'un violent accès de manie aiguë, il casse et brise tous les meubles, crie, gesticule, etc. Appelé aussitôt, nous le faisons transporter à Laënnec où il se livre à une foule d'actes insensés, veut épouser séance tenante la surveillante. Transféré le lendemain à la clinique, il offre de l'embarras évident de la parole, de l'inégalité pupillaire, des idées de grandeur mêlées à des notions hypochondriaques. La maison lui appartient, il a 20,000 francs de rente par jour, on lui a enlevé le cerveau pour en prendre le dessin. Il existe un affaiblissement considérable de la mémoire, il a oublié son âge. Cet homme était atteint évidemment de paralysie générale. Toutefois, d'après des détails qui nous sont parvenus, son passé n'était pas sans tache. Depuis un an, il avait perdu la mémoire des chiffres, son intelligence s'était affaiblie, il commettait des achats ridicules, son sommeil était troublé. Une nuit il s'était éveillé en éclatant de rire, et avait raconté que « l'acteur qui avait joué l'éclat de rire était mort fou. » Evidemment les facultés cérébrales de cet homme étaient déjà troublées. Mais avant l'accident il n'avait jamais donné de signe positif d'aliénation mentale, tandis qu'après cet événement, après le coup de fouet qui avait provoqué l'accès de manie aiguë, son intelligence fut profondément ébranlée.

Il est en proie à un délire des grandeurs très expansif. Il est président de la République, il est pape, il gagne par jour des milliards de millions, il est connu par toute la terre, il fait des enfants chez tous les peuples, etc.

L'embarras de la parole est accentué et caractéristique. Les pupilles sont inégales. La langue et les muscles de la face sont animés d'un mouvement fibrillaire manifeste. Il a oublié la date et les causes de l'accident. En dehors de son délire, aucune opération intellectuelle n'est possible. Parfois il manifeste des craintes d'empoisonnement ; le sommeil est meilleur ; pas de gâtisme. Le traumatisme vient donc ici confirmer et surexciter une disposition morbide déjà préexistante, il la lance pour ainsi dire en avant, mais ne la crée pas de toutes pièces, comme dans le cas précédent.

Le troisième malade, qui vient de l'hôpital Laënnec,

©BIUM

est le plus intéressant. C'est un homme âgé de quarante-six ans, fortement musclé, bien proportionné et bien portant jusqu'alors. On peut lui reprocher d'être le fils d'un alcoolique et aussi d'être le cadet de dix enfants ; car vous savez que je fais jouer un certain rôle au grand nombre des enfants dans la prédisposition héréditaire aux troubles intellectuels.

Quoiqu'il en soit, le sujet paraît avoir joui d'une bonne santé jusqu'au jour où, travaillant dans sa cuisine, il est tombé sur un carreau cassé et s'est profondément entamé l'avant-bras gauche. Le nerf cubital gauche a été sectionné à la partie moyenne de l'avant-bras. Le blessé a été transporté à l'hôpital, chez un chirurgien qui n'a pas opéré la suture du nerf, et il en est résulté la conséquence ordinaire, c'est-à-dire l'affaiblissement et l'atrophie progressive des muscles qui empruntent leur l'innervation au cubital. On constate, en effet, l'atrophie des muscles interosseux, de l'adducteur du pouce, des muscles de l'éminence hypothénar et une anesthésie presque complète du bord cubital de l'avant-bras et des régions innervées par le cubital.

Mais ce qui est remarquable, c'est que cet homme a commencé, bientôt après, à éprouver des troubles psychiques. Il a pris de la tendance à traîner sur les syllabes et à les répéter, de l'empâtement de la parole, du tremblement fibrillaire. Les mouvements se sont affaiblis dans les membres supérieurs et inférieurs, et c'est au milieu de ces phénomènes qui indiquent la marche ascendante de la périphérie au centre, que le malade a commencé à perdre la mémoire et à confondre les dates.

Puis, deux événements sont venus s'ajouter aux précédents. D'abord, le malade, après une sorte de malaise, intra-crânien, a été pris de délire bientôt suivi d'assoupissement. Une seconde fois, il a eu un autre accès de délire avec hémiplégie faciale passagère, ce qui indique bien une poussée congestive vers le cerveau. Aujourd'hui, vous constaterez chez lui le myosis, un des phénomènes les plus communs de la paralysie générale. De son délire des grandeurs il n'a gardé qu'un optimisme béat, avec affaiblissement des facultés intellectuelles.

Il y a longtemps qu'on a signalé le phénomène de la

©BIUM

propagation ascendante. Une sciatique peut donner naissance à une paralysie générale ; on a même vu un seul nerf atteint de névralgie devenir le point de départ de la terrible encéphalopathie.

Mais, dans le cas qui nous occupe, il ne s'agit pas d'un trouble de la sensibilité dont les effets peuvent être différemment interprétés, il s'agit d'une grosse et brutale section de nerfs ayant entraîné une paralysie générale dont les caractères ne sont pas contestables.

M. MAGNAN, à propos de la malade atteinte de crises comitiales dont les unes seraient caractérisées par la perte absolue de la connaissance et du souvenir, tandis que pour d'autres, la conscience persisterait au point que cette personne pourrait rendre compte de ce qu'elle éprouve et de ce qu'elle fait au cours de l'accès, fait remarquer qu'il y a très vraisemblablement deux ordres de phénomènes : (*a*) des crises comitiales s'accompagnant de l'inconscience habituelle et fatale; (*b*) des crises impulsives, conscientes comme celles qu'on observe chez certains dégénérés.

M. PAUL GARNIER. — La coexistence de l'hystérie et de l'épilepsie, coexistence qui n'est pas absolument rare, pourrait peut-être expliquer aussi ces manifestations différentes par rapport à la conservation ou à la perte de la connaissance et du souvenir. Il demande à M. Ball si sa malade est indemne de tout stigmate d'hystérie.

M. BALL dit que les renseignements qu'il a recueillis semblent établir que l'hystérie n'a jamais été cause dans le cas présent.

Du délire chronique (suite et fin).

M. MARANDON DE MONTYEL. — Messieurs, excusez-moi, nouveau venu parmi vous, d'intervenir à la dernière heure dans ce débat à peu près épuisé; mais les grands cliniciens qui se sont succédé à cette tribune depuis un an et nous ont apporté les précieux résultats de leur expérience et de leurs méditations sur la question en litige ont émis des opinions si contradictoires qu'il est du devoir de chacun de contribuer pour sa part, si faible qu'elle soit, à la recherche de la vérité clinique ; ensuite ils ont négligé peut-être un peu trop deux points, à

©BIUM

mon avis, d'une extrême importance ; je veux parler du caractère habituel de ceux qui, plus tard, deviennent, pour me servir du titre même donné à cette discussion, des délirants chroniques et de l'intervention de ce caractère aussi bien dans la genèse que dans l'évolution du mal ; je veux parler ensuite de la dissimulation profonde de ces malades, cause de beaucoup d'erreurs.

La vérité clinique se dégage, me semble-t-il, sans efforts, aujourd'hui que cette discussion tire à sa fin. La voici, telle qu'elle m'apparaît des discours et des faits. Et tout d'abord un point essentiel est acquis, si essentiel que, fût-il le seul, il y aurait lieu de se féliciter de ces débats. Tous ou presque tous, partisans ou adversaires du délire chronique comme entité morbide, ont reconnu, implicitement ou explicitement, avoir observé un nombre plus ou moins considérable d'aliénés ayant parcouru les quatre périodes très clairement décrites par M. Garnier et c'est déjà là un résultat considérable ; car dès lors toutes les objections entassées, toutes les considérations émises, toutes les réserves formulées pourront bien avoir pour conséquence de diminuer l'importance du groupe formé par ces malades, d'introduire des interprétations variées de sa genèse et de sa symptomatologie, mais elles n'empêcheront pas que, au vu et au dire de tous, certains aliénés ne soient d'abord soupçonneux, inquiets, ensuite hallucinés et persécutés, puis ambitieux, enfin, après un temps toujours long, entraînés vers la démence, une démence particulière, caractérisée moins par la perte de la mémoire que par une faiblesse du jugement et un défaut d'association dans les idées.

Mais puisque l'accord est quasi unanime sur l'existence de ces aliénés, d'où viennent les contradictions à propos de leur groupement en une classe distincte ? Que l'on discute sur l'importance de ce groupe, sur ceux à y admettre et ceux à en exclure, sur le nom à lui donner, sur les détails de sa symptomatologie, soit ; mais qu'on discute sur la légitimité de ce groupement quand on admet, pris en particulier, les faits qui le constituent, j'avoue ne pas comprendre. Ou ces aliénés, traversant quatre périodes symptomatologiques différentes, existent ou ils n'existent pas. Si on admet leur existence, et elle a été admise, on est forcé de reconnaître que ces ma-

©BIUM

lades ont une physionomie propre, des caractères cliniques spéciaux et dès lors la saine logique scientifique oblige de les séparer des autres pour en former un groupe. Rencontre-t-on, ainsi qu'on l'affirme, certains aliénés ayant avec eux des points de ressemblance, comme la phase émotive de la première période et la phase hallucinatoire avec idées de persécution de la seconde, mais en différant par l'absence des deux autres ou l'arrivée à la démence sans passage par les conceptions mégalomaniaques, on aura le droit d'arguer que ces malades se distinguent des précédents, mais voilà tout; car depuis quand les faits dissemblables ont-ils pour conséquence d'annihiler les faits semblables? Et comment les aliénés qui, au lieu de traverser régulièrement et successivement les quatre périodes, n'en traverseraient que deux ou trois sans ordre, supprimeraient-ils ceux, observés par chacun, qui, régulièrement et successivement, les traversent toutes?

Ainsi, Messieurs, quelle que soit la valeur des objections qui ont été présentées, avant même de les examiner et de les apprécier, je soutiens que par cela seul que les orateurs qui ont pris la parole ont reconnu avoir encore ou avoir eu dans leurs services des malades correspondant à la description clinique de M. Garnier, la synthèse de M. Magnan se trouve démontrée. Si ces objections, que nous allons maintenant étudier en détails, sont fondées, cette synthèse perdra sans doute de son importance et de son étendue ; mais elle n'en restera pas moins la formule d'une vérité clinique, puisque, je le répète à dessein, les malades qu'elle embrasse, quel qu'en soit le nombre, petit ou grand, ont passé sous nos yeux avec leurs caractères spéciaux.

De toutes les objections opposées à la synthèse de M. Magnan, la plus sérieuse, je ne dis pas la plus fondée, est celle formulée dans la dernière séance par M. Ball. L'éminent professeur de clinique mentale de la Faculté l'a condamnée au nom de la pathologie générale. Mieux éclairés que par le passé, nous tendons aujourd'hui de tous nos efforts à introduire les vésanies dans le cadre de la pathologie ordinaire, car nous avons compris que leurs symptômes sont d'ordre différent, seulement parce que l'organe frappé est chargé d'une fonction spéciale et

©BIUM

que les considérer comme une science à part, avec des lois autres que celles qui régissent l'évolution et la classification des maladies, serait nous condamner à l'impuissance. Aussi ai-je prêté une oreille attentive au dernier discours de M. Ball et ne me serais-je pas levé pour défendre le délire chronique, si les arguments du savant professeur m'avaient convaincu que cette synthèse est condamnée par la pathologie générale. Malgré ma grande attention, je n'ai peut-être pas saisi toute la pensée de l'orateur, dans ces matières délicates l'audition ne valant pas la lecture ; mais j'ai compris que pour M. Ball, la synthèse de M. Magnan était basée sur l'évolution seule du délire et la pathologie générale n'autorise pas la création d'une entité morbide sur cette base, car alors, ajouta-t-il, il y aurait deux fièvres typhoïdes, l'une se terminant par la guérison, l'autre par la mort. Pour lui, créer une entité morbide suppose, à défaut d'anatomie pathologique, un ensemble de symptômes particuliers et caractéristiques et il a cité, si mes souvenirs sont exacts, la folie circulaire comme remplissant cette condition. M. Ball a mille fois raison en principe, mais il a tort dans le cas particulier. La synthèse dite délire chronique n'est pas basée sur la seule évolution, mais au contraire sur l'apparition successive de symptômes différents, constitutifs d'un ensemble spécial et typique. C'est l'éclosion d'hallucinations et de conceptions délirantes de persécution, symptômes nouveaux et non simple évolution dans le temps de ceux de la première période qui distinguent la seconde, de même que la troisième est caractérisée par les conceptions de grandeur, symptômes encore nouveaux et même tout à fait opposés aux précédents. Cette synthèse, loin de violer les lois de la pathologie générale en matière d'entité morbide, y est donc absolument conforme, pour le moins autant que la folie circulaire acceptée avec un enthousiasme qui ne s'est pas encore éteint. M. Ball a objecté en outre, je crois, que les périodes du délire chronique etaient trop longues pour justifier l'espèce proposée, si longues même que souvent la vie d'un homme n'y suffisait pas et il leur a opposé la rapide succession des trois stades de la fièvre intermittente. Mais, Messieurs, n'est-ce pas le cas de constater une fois

©BIUM

de plus la relativité des choses ? Beaucoup de maladies mentales, après deux années de durée, sont toujours des états aigus et guérissent ; y a-t-il beaucoup de maladies corporelles dans ces conditions ? Les périodes du délire chronique sont si longues, répondrai-je tout d'abord, parce que toute folie, quelle qu'elle soit, demande pour évoluer, même vers la guérison, non des jours ou des semaines, mais toujours des mois et souvent des années. Toutefois il y a mieux à invoquer, il y a à choisir un terme de comparaisson dans la pathologie ordinaire, et qui plus est, dans la pathologie ordinaire du système nerveux : je fais allusion à l'ataxie locomotrice. Elle a été connue comme entité clinique avant de l'être comme entité anatomo-pathologique, et comment l'a-t-elle été ? justement par un ensemble de symptômes dont la succession forme des périodes qui, chacune pour évoluer, demandent des années et des années, puisque, de même que le délire des persécutions, elle a une durée de dix, quinze, vingt ans, périodes si longues que souvent la vie d'un homme n'y suffit pas et que porteur de cette affection mortelle, on meurt, vieux déjà, d'une autre maladie. Or l'anatomie pathologique n'a-t-elle pas donné raison aux cliniciens illustres qui, sans certitude anatomique, synthétisant ces symptômes qui se déroulaient successivement en quinze ou vingt ans, avaient fondé cette entité morbide ? Pourquoi ne serions-nous pas autorisés à réaliser pour le délire chronique ce que Duchenne et Trousseau ont réalisé pour l'ataxie locomotrice ?

Cette objection tirée de la pathologie générale, qui, fondée, nous eût laissé désarmé, étant écartée, j'aurai quelques observations à présenter sur les autres, bien que M. Magnan les ait déjà examinées et discutées dans son beau discours du 26 mars. Elles se résument en quatre : délires des grandeurs sans précédents de persécutions, délires des persécutions n'aboutissant jamais à la mégalomanie, délires des persécutions arrivant par contre à la démence sans conceptions délirantes de grandeurs, enfin obscurité de la genèse de celles-ci dans les cas où elles se montrent.

Certes, Messieurs, à ma connaissance du moins, aucun partisan du délire chronique n'a eu l'ambition d'en-

©BIUM

glober dans la synthèse tous les aliénés névrosiques qui ont des idées de grandeur ou de persécution, voire même les unes et les autres à la fois. On peut se croire persécuté et s'en plaindre, on peut se croire et se proclamer un personnage illustre et n'être pas pour cela un délirant chronique. Ces conceptions délirantes, isolées ou combinées, en dehors même de la paralysie générale et des intoxications, se rencontrent chez beaucoup d'aliénés qui n'ont aucun titre à figurer dans le groupe en discussion. En ce qui me concerne et pour ne parler que des cas portés aux débats, j'accepte leur présence dans la folie à double forme, comme le prouve l'observation première de M. Dagonet, celle de M. S... qui fut, à mon avis, un circulaire à longues périodes; à l'état d'idées fixes chez des dégénérés débiles, même dès le jeune âge, comme le démontre la seconde observation de M. Ball, très remarquable à cet égard ; dans la manie périodique comme l'établit aussi la seconde observation de M. Dagonet ; enfin dans encore une foule d'autres états vésaniques. Mais en quoi tous ces malades, qui ne présentent en rien la symptomatologie des délirants chroniques, militent-ils contre l'existence de ces derniers? Pourquoi les uns supprimeraient-ils les autres? J'ai lu et relu toutes les observations produites dans cette discussion, et avec une indépendance d'autant plus absolue que n'ayant suivi aucun enseignement sur cette matière ni pour ni contre, et n'ayant encore rien écrit s'y rapportant, j'étais libre de toute influence et de tout engagement. Eh bien! je le déclare en toute sincérité, pas une ne m'a démontré que le délire systématisé de grandeurs, je ne dis pas les simples conceptions de grandeurs, se rencontrait sans antécédents de persécutions, et s'il m'était permis d'invoquer mon observation personnelle, j'ajouterais que je n'en ai jamais vu. Ce n'est par la première observation de M. Ball qui me convaincra, il ne sait rien de la vie antérieure de son délirant chronique, pas même son nom ; ce ne sont pas davantage les deux malades de M. Christian. Le premier, à un moment, a manifesté un délire de persécution, on le humait et on le respirait, et le savant médecin de Charenton nous apprend qu'au début, après une longue phase d'incubation l'aliéné

©BIUM

était devenu dangereux pour sa famille au point de rendre nécessaire la séquestration. Si le second, aux premiers temps de son isolement ne parle que de son illustre origine, plus tard, tout en restant mégalomane, il s'occupe des poisons qu'on met dans ses aliments, dans son lit, dans ses vêtements. M. Christian, au point de vue qui nous occupe, a-t-il mené une enquête assez minutieuse pour être à même d'affirmer avec toute l'autorité qui s'attache à son nom et à ses assertions, que son premier malade a été dangereux pour sa famille, très certainement sous l'influence d'un délire des grandeurs non d'un délire des persécutions, et que jamais avant l'isolement son second n'avait, soit par ses paroles, soit par ses attitudes, trahi des idées d'empoisonnement? J'adresse cette question à notre éminent collègue, moins parce que dans son exposé il a passé sous silence ses sources d'information et ses efforts pour se renseigner, que parce qu'il est fréquent de voir un délirant chronique, pour une cause ou une autre, dissimuler partie ou totalité de son délire, de telle sorte qu'observé à telles ou telles époques, il semble avoir été ambitieux avant d'être persécuté.

Et maintenant, Messieurs, y a-t-il des persécutés qui, vivant aliénés pendant vingt et trente ans, n'ont jamais de conceptions délirantes de grandeurs ou de transformation de la personnalité? Oui, j'en ai connu; mais je m'empresse d'ajouter que j'en ai connu fort peu. Quoi qu'il en soit, prenons le fait le plus dévorable, celui d'un délirant chronique, frappé dans sa jeunesse et mourant de vieillesse sans phase mégalomaniaque. Etant donnée la longue évolution de la maladie, avec le décès survenant au bout d'une dizaine d'années d'aliénation, on expliquerait à la rigueur avec M. Briand l'anomalie par un laps de temps trop court pour le développement de la troisième période, tel le tabétique emporté avant l'ataxie confirmée; mais nous avons choisi un cas extrême qui rend peu acceptable cette interprétation. Je répondrai à l'objection, cette fois encore, par un appel à la pathologie ordinaire, notre meilleur guide et notre meilleur terme de comparaison au milieu des obscurités de notre spécialité, je répondrai que le fait qu'on nous oppose est constant et pas très rare dans les maladies

©BIUM

corporelles, il tient à un arrêt du mal sous l'influence d'une cause thérapeutique avec lésions anatomiques persistantes. Hypothèse, se récriera-t-on, l'anatomie pathologique de la folie n'est pas faite. Si elle l'était, Messieurs, nous ne discuterions pas sur le délire chronique depuis un an ; mais précisément parce qu'elle ne l'est pas et que, d'un autre côté, les vésanies ne sont, en dernière analyse, que des maladies physiques au même titre que celles de n'importe quel organe, notre droit, notre devoir même est d'éclairer les unes par les autres. Appliquant ce principe, que nul de vous ne contestera, je ne vois pas en quoi nous serions critiquables de nous demander si un délirant chronique ne peut pas, sous l'influence bienfaisante de l'asile et de son traitement, voir son mal s'arrêter dans son évolution et en même temps continuer à délirer, parce que les lésions qui entretiennent ce délire, lésions certaines, quoique cachées encore à nos investigations, sont, soit par leur nature, soit par leur chronicité, persistantes. Cette hypothèse, bien que basée sur des faits de pathologie générale, par cela même qu'elle est hypothèse, n'impose pas la conviction ; mais l'analogie des cas qu'on nous oppose avec d'autres cas absolument identiques de la clinique médicale ou chirurgicale, lui donne assez de force pour que nous ne les considérions pas comme incompatibles avec notre opinion. Je parlais, il y a un instant, de l'ataxie locomotrice ; mais cette affection, traitée par les eaux de Lamalou ne s'arrête-t-elle pas ainsi, le malade restant figé à la première ou à la seconde période et parvenant à un âge très avancé. J'ai vu l'année dernière, à cette station thermale, des tabétiques atteints depuis quinze où vingt ans, dont l'affection restait stationnaire. Pourtant il ne vient à l'idée de personne de s'armer de ces cas à évolution enrayée ou incomplète pour nier l'existence du tabes dorsalis. L'argument n'a pas plus de valeur contre le délire chronique qu'il n'en aurait ici.

Mais j'ajouterai de suite que mon hypothèse n'est à invoquer qu'à titre exceptionnel, bien moins souvent, à coup sûr, que ne le croient les adversaires du délire chronique. Si pour eux il n'y a de mégalomanie que là où il y a conceptions délirantes de grandeurs ou transformation de la personnalité, ils trouveront sans conteste un

©BIUM

certain nombre de vieux délirants chroniques qui ne présentent ni les unes ni les autres ; mais bien rares, bien rares, s'il en existe, sont les aliénés de cette catégorie et de cet âge dans la vésanie qui ont de l'optimisme, une opinion exagérée d'eux-mêmes, la certitude d'être des méconnus en même temps que des victimes, et d'être doués de certains pouvoirs ou de certaines qualités propres à eux seuls, tels les malades dont M. Camuset vous a entretenus. Mais n'est-ce pas là de la mégalomanie et, pour être classé parmi les mégalomanes, est-il vraiment de toute nécessité de se proclamer inspiré de Dieu ou fils de roi? Qui sait si les malades dont j'esquisse la physionomie, ne sont pas aussi profondément atteints que les autres et si la différence de leur délire des grandeurs ne tiendrait pas plutôt à l'éducation, à l'instruction, aux milieux où ils ont vécu qu'à des lésions pathologiques moins étendues et moins graves? Dans tous les cas il me paraît inadmissible de considérer ces délirants chroniques comme étant restés incrustés dans la seconde phase, et j'appelle d'autant plus vivement l'attention sur eux que M. Camuset seul en a parlé incidemment. En toute conscience ils doivent être déduits du nombre des persécutés invoqués contre la synthèse.

Il faudrait aussi en déduire, Messieurs, tous ceux qui dissimulent leurs idées ou leurs conceptions délirantes de grandeurs, et alors je me demande si cette double déduction s'opérant, le groupe des persécutés, toujours et rien que persécutés, ne se réduirait pas à néant ; car qui dit délire systématisé, dit dissimulation, partant nombreux sont ceux qui cachent leur délire. On n'a pas assez insisté dans cette discussion sur cette cause considérable d'erreurs, si considérable même et si fréquente qu'après une constatation négative même prolongée, il est peut-être prudent de rester dans le doute ; car cette dissimulation poussée jusqu'à ses dernières limites persiste parfois des mois, même des années. Je sais à cet égard des faits étonnants jusqu'à l'invraisemblance. J'ai rapporté, il y a deux ans, dans les *Annales médico-psychologiques*, l'observation d'une dame évadée d'une maison de santé des Bouches-du-Rhône et qui depuis plusieurs mois avait dissimulé aux yeux de tous, des médecins et des autorités, un délire chronique à la troi-

©BIUM

sième période. J'ai connu un malade qui, non content de dissimuler des conceptions délirantes, réfutait avec une logique serrée, dans des lettres bien tournées, les preuves que je lui donnais de ses hallucinations et de ses idées de persécution. J'ai connu encore, fait plus extraordinaire, un délirant chronique à la troisième période, qui, pour mystifier son médecin, ce n'était pas moi, amena un autre délirant chronique à dissimuler progressivement son délire et ses perversions sensorielles jusqu'à apparence de complète et solide guérison, et lui procura ainsi une sortie qui ne fut pas plus longue de douze heures, car le libéré avait promis à son professeur en dissimulation d'aller le jour même de sa mise en liberté dénoncer au tribunal, en séance publique, l'ineptie du médecin de l'asile qualifiant de fous des hommes qui se jouaient ainsi de lui, et il avait tenu sa promesse. Mais n'avons-nous pas eu, au cours même de cette discussion, la preuve de toute l'étendue et de toute la force de cette dissimulation? Ne savons-nous pas qu'un aliéné mégalomane, j'en demande pardon à M. Christian, mais sa réponse à M. Doutrebente ne m'a pas démontré le contraire, est arrivé à dissimuler ses idées de grandeurs presque constamment, de 1854 à 1881, aux yeux si clairvoyants de tous les éminents médecins qui se sont succédé à Charenton? C'est que de toutes leurs conceptions délirantes, les mégalomaniaques sont celles que les délirants chroniques cachent le plus souvent et avec le plus de persévérance, et M. Doutrebente a eu raison de dire que le hasard seul permet parfois d'en surprendre la manifestation. Cette dissimulation du délire des grandeurs a encore été signalée incidemment dans la dernière séance par un des plus grands cliniciens de cette société, M. Falret. Eh bien! je vous le demande, Messieurs, en présence d'une telle possibilité et de sa fréquence, est-il très paradoxal de se demander si les quelques rares faits de délire chronique, vieux de quinze ou vingt ans, sans mégalomanie, n'ont pas leur explication dans cette dissimulation? En tous cas, soyons convaincus que, sinon pour tous du moins pour un grand nombre, il en est ainsi, et pour les quelques autres qui resteraient, j'ai montré, il y a un instant, leurs analogues dans la pathologie ordinaire. Je crois donc, de toutes façons

©BIUM

avoir repoussé cette seconde objection et pouvoir passer à la troisième, bien plus grave, qui, établie cliniquement, porterait une sérieuse atteinte à la synthèse de M. Magnan.

Le délire des persécutions aboutissant à la démence sans traverser la phase des grandeurs, serait le meilleur des arguments directs contre notre opinion; mais je remarque que personne ici n'en a rapporté des observations personnelles, qu'aucun des adversaires du délire chronique n'est venu à cette tribune traiter avec détails et faits à l'appui cette particularité clinique si grosse de conséquences. Un seul, M. Dagonet, en a dit quelques mots en passant et c'est tout. Il y a parmi nous, Messieurs, des cliniciens qui ont blanchi au milieu des aliénés; si le délire des persécutions se termine parfois par la démence sans adjonction antérieure de mégalomanie, comment expliquer qu'ils ne l'ont pas observé, car s'ils l'avaient observé, ils en auraient certainement parlé. Il semble que M. Dagonet lui-même ne l'a jamais constaté, car au lieu de citer des faits personnels, il cite un cas, un cas unique, qu'il emprunte à Lasègue. Autant pour appuyer une thèse, il est bon de rechercher des faits positifs dans les travaux des auteurs qui ont écrit à une époque où le sujet n'était pas connu, autant il est imprudent d'y chercher des faits négatifs. Les faits positifs seront, en effet, très probants puisqu'ils auront été rapportés par des savants dont l'esprit était dégagé de toute préoccupation théorique, si nuisible à la bonne observation; ils n'en auront que plus de valeur, car l'auteur qui n'était pas prévenu ne les aurait pas signalés si leur évidence même ne l'avait frappé; mais aux faits négatifs on peut toujours opposer, au contraire, l'omission née de l'ignorance où était l'écrivain de l'importance du détail qu'il a passé sous silence. Le seul cas de Lasègue, rédigé à une époque où la synthèse du délire chronique n'était pas connue, ne saurait donc la renverser, elle qui est basée sur des centaines et des centaines d'observations. Mais il n'est plus seul, M. Mairet vient, dans un tout récent travail d'en rapporter deux cas avec détails. Messieurs, je vous fais juges de ces deux observations. La première est relative à un héréditaire vésanique, d'intelligence moyenne et alcoolique. Ne trouvez-

©BIUM

vous pas que l'élément alcoolique enlève à ce cas toute valeur, puisque cette intoxication chez les héréditaires a souvent pour effet de développer des perversions sensorielles avec idées de persécution et démence consécutive? Le second malade de M. Mairet a présenté bien nette la phase de persécutions, puis, mais je laisse parler l'auteur : « Une certaine transformation s'opère dans le délire ; les idées de persécution persistent toujours, se rattachant à des perversions de l'ouïe, du toucher, de la vue et de la sensibilité générale ; mais à ces idées premières s'ajoutent quelques idées religieuses, sans aucune direction ambitieuse, B... au contraire, est humble, doux, obéissant et cela sans hypocrisie. » M. Mairet a omis de spécifier les idées religieuses survenues ; n'importe, vous penserez, comme moi sans doute, que la modification radicale intervenue dans la manière d'être du malade, jusqu'à ce moment irritable et violent d'après l'observation, est la preuve d'une modification profonde du délire. Cette métamorphose s'opérant dans les conditions décrites par M. Mairet, ne l'avez-vous pas tous observée chez certains délirants chroniques, qui, justement par suite du passage à la troisième période, tombent dans le délire religieux et, certains alors d'être les élus du Seigneur, interprètent leurs persécutions dans le sens d'épreuves, s'y résignent et sont désormais aussi humbles, aussi doux, aussi obéissants qu'ils étaient jadis arrogants, violents et indisciplinés ? Pour moi, je pense que le malade de M. Mairet a été un mégalomane religieux qui n'a pas laissé voir le fond de son délire, d'autant plus que le délire mystique est le plus dissimulé de tous.

Il résulte de tout cela que rien, à ma connaissance du moins, n'établit avec certitude le passage du délire systématisé à la démence sans phase mégalomaniaque. Je ne l'ai pas encore observé.

Ainsi, Messieurs, jusqu'ici la synthèse de M. Magnan sort triomphante de toutes les objections accumulées contre elle. Je vais maintenant examiner la genèse des conceptions mégalomaniaques dans le délire chronique et, en cherchant à dissiper l'obscurité de cette genèse, quatrième et dernier argument des adversaires de cette entité morbide, j'aurai l'occasion de marquer la part

©BIUM

capitale prise par le caractère antérieur du sujet dans l'éclosion et l'évolution de la maladie.

Au premier examen, cette apparition de conceptions mégalomaniaques dans le cours du délire des persécutions étonne et confond. D'où viennent-elles et pourquoi viennent-elles? Foville les expliqua par la déduction logique, explication qui eut tout d'abord un immense succès, puis on se rendit compte que l'aliéné, ainsi que le remarquait M. Christian, ne raisonne que très exceptionnellement son délire, qu'il le subit et le subit passivement. Ensuite, on rapporta des observations où la mégalomanie était due à des hallucinations de l'ouïe éclatant à l'improviste, ou à une circonstance fortuite; puis on vit des délirants par persécution se coucher lypémaniaques et se lever mégalomanes, tout comme le circulaire qui, dans l'espace d'une nuit, de dépressif devient expansif, comparaison de M. Falret qui, dans la dernière séance, a résumé ces divers modes d'apparition et a affirmé dans certains cas le passage brusque d'une période à l'autre, malgré les sages réserves de M. Garnier.

L'état normal sera notre fil d'Ariane pour sortir de ce dédale. Ce sera l'éternel honneur de l'école associationniste anglaise d'avoir démontré que la genèse spontanée d'une idée est aussi impossible que la genèse spontanée d'un germe, et que tout phénomène psychique, quel qu'il soit, procède toujours d'un antécédent et est toujours suivi d'un conséquent. Or, il est admis en pathologie générale que la maladie, dépourvue de toute puissance créatrice, enraye, exagère ou perturbe simplement les actes physiologiques. Les maladies mentales, manifestations de lésions cérébrales, n'échappent pas à cette loi générale. Si donc il est faux qu'à l'état normal, et j'en suis convaincu, une idée éclate soudain dans l'esprit sans être le produit de toute une longue incubation antérieure, de toute une longue suite d'autres idées, il est faux que dans le délire chronique les conceptions délirantes de grandeurs puissent apparaître brusquement. M. Garnier a eu donc mille fois raison de répondre à M. Falret que cette apparition subite de la mégalomanie ne s'expliquait pas, que nécessairement elle supposait un travail préparateur plus ou moins caché, plus ou moins dissimulé.

©BIUM

Quel est ce travail préparateur indispensable? c'est le procédé de Foville, mais pas du tout avec la rigueur syllogistique et consciente qu'il a indiquée et qui fut la cause du discrédit dans lequel ce procédé est tombé. Il n'y a pas beaucoup de persécutés, s'il y en a, qui se mettent en face de leurs persécutions, les raisonnent et concluent de leurs tourments qu'ils sont d'illustres personnages. Ces malades, si tel était le mécanisme générateur, s'identifieraient-ils, comme ils le font, avec des conceptions délirantes qui seraient le simple résultat d'un raisonnement? Se passionneraient-ils pour elles au point de ne pas les laisser discuter, de tout y ramener et d'y conformer tous leurs actes? Mais, Messieurs, il est de vérité vulgaire en psychologie que l'idée n'est pas un mobile d'action, les deux seuls étant la sensation et l'émotivité. Aussi, contrairement à ce qui serait désirable, l'esprit humain est ainsi constitué qu'il laisse discuter facilement ses convictions basées sur la logique et, avec peine, celles qui ont racine dans ces deux terrains. Toutes les fois donc que nous verrons un homme aliéné ou sain d'esprit, puisque, je le répète, la maladie ne crée rien, ne pas permettre qu'on touche à son idée, et tel est le cas du délirant chronique, soyons certains que cette idée a une autre origine qu'un simple syllogisme. Ainsi les particularités cliniques de la troisième période du délire chronique ne permettent pas d'accepter l'explication de Foville, du moins dans les conditions indiquées par lui. Et puis ce serait un exemple unique, en pathologie mentale, d'une conception délirante naissant d'un raisonnement. En effet les facultés intellectuelles proprement dites semblent passibles des seuls troubles : exaltation ou affaiblissement; elles ne se perturbent pas, aussi ne rencontre-t-on jamais une conception délirante dans un esprit par ailleurs sain, on n'y pourra rencontrer que des idées fixes, encore seulement chez les simples d'esprit. Cette constatation milite donc encore contre l'explication exclusivement syllogistique. Mais si la conception délirante n'est jamais l'expression exclusive d'un raisonnement, elle est, en dernière analyse, le jugement de l'esprit sur un état anormal de l'émotivité, son interprétation de cet état anormal. L'aliéné qui se dit inspiré, s'est senti d'abord inspiré,

©BIUM

puis a jugé qu'il l'était. On objectera que beaucoup de conceptions délirantes sont dues à des hallucinations, que tel se déclare prophète ou damné, parce qu'il entend une voix surnaturelle qui le proclame élu ou réprouvé. Messieurs, plus j'observe les aliénés, plus j'étudie surtout le début et le mode d'éclosion des vésanies, moins je crois aux hallucinations d'emblée. De même que dans le délire chronique les perversions sensorielles n'apparaissent qu'à la seconde période, précédées d'une première d'inquiétude et de soupçon, de même dans toutes les vésanies il y a d'abord une perturbation exclusivement psychique de l'émotivité ; les hallucinations naissent de cette perturbation, partant sont toujours secondaires. Plus brutales, plus impérieuses, elles ont pour grande fonction d'apporter la conviction que le seul trouble émotif ne suffit pas toujours à déterminer ; car l'esprit humain se méfie souvent des sentiments, tandis qu'il a toute confiance dans la sensation. Partout donc à l'origine se retrouve une modification de l'émotivité. J'ai dû entrer dans ces détails cliniques pour rendre intelligible ma pensée ; maintenant qu'ils sont exposés, on comprend par eux que tout délirant chronique, hanté ou non d'hallucinations ambitieuses, du moment qu'il a des conceptions délirantes de grandeurs, a dû de toute nécessité, à un moment donné de l'évolution de son délire, avoir un trouble mégalomaniaque de l'émotivité, trouble mégalomaniaque qui a engendré ces secondes conceptions, comme le trouble dépressif du début avait engendré les premières. Nous sommes ainsi conduit à nous demander pourquoi et comment ce trouble prend-il naissance.

Pourquoi il prend naissance ? Impossible de le comprendre sans le caractère antérieur ; car d'ordinaire le malheur ne rend pas fier et les victimes ne se croient pas les plus forts. Sans nul doute, Messieurs, vous avez été souvent frappés des rapports étroits qui existaient entre le délire des malades dont nous nous occupons, et leur caractère avant la maladie, rapports si étroits que le premier n'est pour ainsi dire que l'exagération du second ; car si, à sa période d'apogée, celui-là se résume en ces deux termes : délire des persécutions et délire des grandeurs, celui-ci se résume en ces deux

©BIUM

mots : méfiance et orgueil. A des degrés inégaux, selon les périodes ; il est vrai de dire que ces deux sentiments existent d'un bout à l'autre de la maladie ; aussi suis-je avec M. Cotard quand il note que bien avant les idées de grandeurs nettement formulées, les persécutés sont déjà orgueilleux, quelques-uns même dès les premières phases de la maladie. Personne jusqu'ici ne s'est occupé de l'état psychique de ces malades avant l'éclosion de la vésanie. M. Camuset a bien parlé de certains aliénés, sombres, méfiants, jaloux souvent dès l'enfance et arrivant pour ainsi dire au délire par l'exagération des défectuosités de leur caractère ; mais il avait en vue les persécutés persécuteurs de M. Falret qui ne sont jamais hallucinés ni mégalomanes. Pourtant, en dehors de cette enceinte, dans leurs écrits, M. le professeur Ball, M. Falret, M. Ritti ont insisté sur le caractère sombre, méfiant des futurs persécutés. Mon attention, il y a quelques années, a été attirée de ce côté surtout par les travaux allemands et italiens sur la paranoia, travaux dont notre distingué collègue, M. Séglas, a donné une revue complète l'année dernière dans les *Archives de neurologie*. Depuis lors, je me suis efforcé de rechercher minutieusement le caractère de mes malades et cette recherche minutieuse m'a conduit à cette conclusion de M. Falret que le délire des persécutions n'est pas le sort réservé aux caractères actifs, téméraires, entreprenants et audacieux. Et à ce propos qu'il me soit permis de vous mettre en garde contre les renseignements fournis par les familles. Le fait s'explique mal, mais en tout et partout les parents des aliénés mentent, ils mentent sur le caractère comme ils mentent sur l'hérédité. Si on désire connaître celui-là, il faut se renseigner près des camarades de collège ou d'études de l'aliéné. Ils sont désintéressés et puis ils ont assisté jour par jour au développement de la manière d'être psychique de leurs condisciples. J'ai eu sous ce rapport, dans une même année, trois faits caractéristiques, trois délirants chroniques, un curé, un fonctionnaire de la Banque de France et une dame du meilleur monde, qu'après une enquête très sérieuse auprès de leurs familles, je considérais comme des cas défavorables ; eh bien ! le hasard des relations sociales me mit

©BIUM

en rapport avec un ecclésiastique qui avait été au petit et au grand séminaire en même temps que le curé, avec un directeur de la Banque de France qui avait connu son collègue depuis sa jeunesse et avec une dame placée dans le même pensionnat que ma troisième malade; or, les nouveaux renseignements que j'obtins, alors que j'avais eu bien entendu la précaution d'interroger sur le caractère sans rien spécifier, transformèrent ces trois cas en cas favorables. Je crois qu'avec des renseignements précis, c'est du moins ce qui découle de mon observation, on établirait comme loi générale que le délirant chronique montre, dès son âge le plus tendre, des dispositions psychiques d'où sortira son délire. Une fois même, il m'a été donné de vérifier par moi-même cette transformation du caractère antérieur en délire chronique. Tandis que j'étais médecin en chef du service des femmes à Marseille, de 1880 à 1882, je voyais souvent une jeune fille de vingt ans dont je soignais la mère. Sauf cette infortune, tout dans la vie lui souriait; elle avait pourtant une telle méfiance de tout et de tous et une telle fierté que j'en fus frappé chez une enfant de son âge, au point d'en causer avec une de ses camarades d'enfance, qui me répondit que son amie avait toujours été ainsi, mais qu'elle n'était pas méchante. C'était donc bien là un caractère, non la première période d'un délire chronique. Quand l'année dernière elle apprit mon retour à Marseille, elle vint me voir : elle avait alors des hallucinations de l'ouïe et un délire systématisé de persécutions. Chez elle j'avais constaté l'association de deux sentiments, méfiance et orgueil, cette association se retrouve dans tous les cas, mais la méfiance prédomine et c'est pourquoi sans doute MM. Ball, Falret et Ritti n'ont parlé que d'elle.

Cette constatation a une importance capitale, car elle fournit la clef de la genèse et de l'évolution du délire chronique. Il serait faux, en effet, de croire que la méfiance seule du caractère est la génératrice des conceptions délirantes de persécutions, et l'orgueil seul le générateur des conceptions délirantes de grandeurs; la vérité est, si je puis ainsi dire, qu'ils se fécondent l'un l'autre. M. Briand remarquait que l'idée de persécution implique déjà par elle-même une idée de supériorité.

©BIUM

Remarque très juste ; pour se croire persécuté, il faut sans doute être méfiant, mais en plus orgueilleux. Je résumerai ma pensée en disant que du caractère antérieur, beaucoup de méfiance et un peu d'orgueil sont au fond de la seconde période, tandis que beaucoup d'orgueil et un peu de méfiance sont au fond de la troisième.

Voilà donc établi le pourquoi des choses ; pour satisfaire l'esprit, reste à établir le comment : comment le délire des persécutions ouvre toujours la scène morbide, jamais le délire des grandeurs ? comment s'opère l'évolution de l'un à l'autre ?

Quiconque, Messieurs, s'est appliqué à scruter les troubles initiaux de la folie, a admis avec Guislain que les maladies mentales débutent par de la dépression ; ce début dépressif se retrouve partout, même dans la paralysie générale, particularité signalée déjà dans la thèse d'agrégation de Lasègue, développée dans la thèse de doctorat de M. Doutrebente, même dans la manie aiguë, tous les manigraphes de tous les temps en ont été frappés et l'ont décrit, enfin même dans la folie circulaire où il est de règle que la phase dépressive précède la phase expansive. Guislain était parti de cette observation si exacte pour affirmer que toutes les vésanies étaient des lypémanies, que le maniaque lui-même était un lypémaniaque qui s'étourdissait, de même que certains chantent pour chasser un chagrin. Certes l'interprétation de l'illustre aliéniste belge est erronée, mais le fait clinique est incontestable. Mais puisque toutes les folies commencent par une période plus ou moins longue de mélancolie, le délire chronique rentre donc dans la règle générale, et ce serait au contraire une anomalie que son éclosion par le délire des grandeurs. Je doute que, dans l'état actuel de nos connaissances, nous soyons en état d'expliquer la constance de la dépression à la naissance des vésanies, même de celles qui à leur plein développement seront caractérisées par l'exaltation et l'agitation la plus vive, qu'importe ? Il suffit que la clinique l'ait démontrée pour que l'évolution du délire chronique nous apparaisse conforme à une loi générale.

Le délire des persécutions ainsi constitué en vertu de cette loi générale, domine la scène, mais il ne l'occupe pas tout entière ; il sera seul à se manifester peut-être,

©BIUM

mais poussez votre interrogatoire et les réponses de votre sujet vous apprendront que, pour être devenu lypémaniaque, il n'en est pas moins resté orgueilleux. C'est ce sentiment orgueil qui, subissant l'action du délire des persécutions, tous les deux réagissant l'un sur l'autre, se fécondant l'un l'autre, ainsi que je me suis hasardé déjà à le dire, va lentement, sournoisement, par un travail parfois conscient, mais le plus souvent inconscient, se développer, grandir, amener l'esprit enfin à une modalité telle qu'il suffira d'une circonstance fortuite, d'un mot entendu ou de la lecture d'un fait divers pour déterminer une explosion de conceptions délirantes de grandeurs, explosion qui semblera spontanée alors qu'elle aura été préparée et amenée par un travail psychique antérieur de plusieurs années. On comprend dès lors pourquoi j'ai avancé que Foville avait tort et raison, tort quand il prétendait que l'aliéné se mettait en face de son délire, le raisonnait et en tirait des conclusions à l'instar d'un docteur en philosophie ; raison quand il enseignait que la mégalomanie se déduisait du délire des persécutions, car au fond du procédé que j'indique se retrouve le syllogisme, mais un syllogisme dont les prémisses au lieu d'être fournies à l'esprit par un raisonnement aride, le sont par un état sans cesse croissant de l'émotivité, l'orgueil puisant des forces dans les persécutions, comme la foi des martyrs de toutes les religions se fortifie par les supplices, et c'est précisément à cause de cette base émotive que le malade s'incarne dans ses nouvelles conceptions mégalomaniaques, comme il s'incarnait dans les premières conceptions lypémaniaques, filles, elles aussi, de l'émotivité malade, de l'émotivité soupçonneuse et inquiète du début ; qu'il défend contre tous celles-là, comme il défendait celles-ci. Il pourra survenir que le délirant chronique n'aura jamais une conscience bien nette du travail qui s'élabore dans son esprit, qu'il arrivera, pour ainsi dire sans s'en apercevoir, à se croire un grand personnage et, quand il entendra une voix hallucinatoire le lui crier, il la croira, racontera cette origine sensorielle sans se douter que cette voix n'est que l'écho d'une métamorphose lente de son émotivité. Mais aujourd'hui qui ignore que la vie inconsciente de l'esprit est souvent,

©BIUM

dans certains cas et chez certaines personnes, la plus importante des deux? Souvenons-nous du délicieux sonnet de Sully-Prudhomme, la fêlure de l'âme marche comme celle du verre.

Mais si le délire chronique enfonce ses racines si avant dans la constitution psychique du malade, il n'est pas un accident dans la vie, il doit être étroitement lié à l'hérédité névropathique. En effet, les délirants chroniques sont des névropathes héréditaires ou rendus tels par des causes remontant à la fécondation, à la grossesse, à l'accouchement ou à la première enfance. Dans ces conditions il semble difficile qu'il soit incompatible avec la dégénérescence; je ne le pense pas non plus. Elle ne l'est pas avec la dégénérescence physique, se révélant par des anomalies du crâne ou de la face. J'ai rencontré des cas très probants à cet égard. Je me sépare absolument de M. Magnan sur ce point; d'ailleurs la coexistence du délire chronique et de la dégénérescence ne porte nulle atteinte à la synthèse dans ses grandes lignes. J'ajouterai toutefois que, malgré leurs stigmates physiques, les malades auxquels je fais allusion étaient tous intelligents et même d'une intelligence le plus souvent au-dessus de leur condition. Je n'en ai pas encore observé ayant présenté avant la maladie, à un degré au moins notable, les stigmates psychiques; *à priori*, ces stigmates psychiques supposent un état anxieux et mobile, en apparence peu compatible avec la systématisation d'un délire, mais pour les stigmates physiques mon observation personnelle m'autorise à être affirmatif; les cas de M. Séglas ne m'ont pas surpris.

Quoi qu'il en soit de ce point particulier, à mes yeux d'une importance très secondaire, la synthèse dite délire chronique, à mon avis, non seulement répond à la réalité des faits cliniques, mais est conforme à toutes les grandes lois de la psychologie normale et de la psychologie morbide.

Ayant établi cette synthèse, M. Magnan l'a dénommée. Il est d'usage, du moins chez moi, de laisser à un parrain le choix du nom; M. Magnan eut bien tort de ne pas s'y conformer, parce que toutes les critiques formulées contre son choix sont fondées et que, d'un autre côté il aurait trouvé des parrains à foison, à en

©BIUM

juger par la multitude des dénominations proposées, soit par les partisans, soit par les adversaires de sa synthèse, pour remplacer la sienne.

Vous me rendrez, je l'espère, cette justice d'avoir exposé en toute franchise mon opinion ; cette franchise, je la pousserai, malgré ma vénération pour l'illustre aliéniste, jusqu'à dire que de toutes ces dénominations, la moins acceptable est celle de maladie de Lasègue. D'une manière générale, il n'est pas bon de désigner une maladie du nom de celui qui a le premier attiré l'attention sur elle, car il est rare qu'il ait bien vu la vérité, et cette désignation devient une injustice vis-à-vis de ceux dont les efforts sont parvenus moins à compléter l'idée de l'initiateur qu'à la transformer, tel est précisément le cas ici. Avec M. Ball je proclame que Lasègue a découvert et décrit de main de maître le délire systématisé de persécution, j'ajoute même avec lui qu'il l'a décrit jusque dans ses moindres détails et ses moindres nuances, mais Lasègue n'a même pas entrevu que le délire sytématisé de persécutions loin d'être une entité morbide, n'en était qu'une phase; aussi, M. Magnan l'a établi pièces en main, a-t-il réuni les espèces les plus diverses. Qu'on désigne la seconde période du délire chronique sous le nom de période de Lasègue, j'y applaudirai ; mais alors je demanderai qu'on désigne la troisième sous le nom de période de Foville, car si Lasègue a eu le mérite de décrire le délire des persécutions, Foville a eu celui de bien montrer que la mégalomanie en naissait; toutefois, pas plus que son éminent prédécesseur, il n'a su généraliser ses résultats, aussi comme lui, M. Magnan l'a encore établi pièces en mains, a-t-il rassemblé côte à côte les cas les plus dissemblables. Mais sans rien nier du mérite de ces deux célèbres aliénistes, il n'est pas moins certain que la conception du tout, la synthèse des quatre périodes constituant une entité morbide, est l'œuvre du médecin de Sainte-Anne.

Je sais bien qu'en principe, l'accord existant sur le fond, le nom importe peu; mais en pratique, les mots dans notre spécialité tout au moins, exercent une influence redoutable sur les idées et leur évolution. Il suffit pour s'en convaincre de se rappeler l'action néfaste, qui dure même encore, des mots malheureux : mo-

©BIUM

nomanie, manie raisonnante, folie morale. Or, à mon avis, les termes délire chronique sont pires que tous ceux-ci. A la place de M. Magnan, je choisirais pour parrain M. Garnier ; sa dénomination psychose systématique progressive est très bien trouvée, elle exprime tout ; si M. Magnan la juge trop longue, qu'il conserve les deux premiers mots *psychose systématique*, car ils contiennent en eux le troisième, toute psychose systématique étant forcément progressive, c'est la dernière vérité clinique que je désire faire ressortir.

M. Camuset, dans son discours si riche d'aperçus cliniques d'une réelle valeur, signale que le délire chronique est une grande classe nosologique renfermant de nombreuses espèces. Il renferme, dirai-je, toutes les espèces de délires systématisés quels qu'ils soient. M. Magnan en réponse à M. Cotard a avancé que le délire ambitieux systématisé avec idées de persécutions ne suffisait pas à poser le diagnostic de délire chronique, et pressé de questions par MM. Ritti et Christian en appela toujours à l'évolution du délire et rien qu'à cette évolution. Sur ce point encore, je me sépare complètement du médecin de Sainte-Anne. M. Garnier invoqua, lui, en outre de cette évolution, la coordination différente du délire et il eut raison ; car, avec lui, je suis d'avis que le délire systématisé du délirant chronique ne ressemble à aucun autre. Là seulement on trouve cette systématisation solide, serrée, têtue ; là seulement on voit le malade mettre à défendre son délire cet acharnement significatif, cette conviction inébranlable. Aussi chaque fois qu'on retrouvera ces caractères, on affirmera le délire chronique et on ne se trompera pas, n'importe le genre des manifestations délirantes ; car ce genre, mystique ou terrestre, physique ou moral, dépend non de la maladie qui au fond est toujours la même, mais des dispositions particulières de chaque malade, de l'éducation, des circonstances, et l'évolution en est toujours progressive. Quoi qu'en ait dit M. Christian, les délirants chroniques à hallucinations génitales ne font pas exception à cette règle. Le savant médecin de Charenton n'a pas pas été sur ce point favorisé par les hasards de la clinique. Les persécutés génitaux deviennent comme les autres des mégalomanes, et si M. Christian désire s'en

©BIUM

convaincre, il n'a qu'à venir à Ville-Evrard où il en trouvera un dans mon service. Ce malade à qui, selon ses expressions, on force chaque nuit la nature, explique toujours, bien qu'il soit déjà entré dans la quatrième période, ses hallucinations génitales comme les autres par des persécutions organisées par le gouvernement pour s'emparer de sa vue, une vue unique, pour laquelle il a inventé un nom, il l'appelle la vue *aïtique*. N'est-ce pas là un persécuté génital mégalomane? J'en ai observé d'autres, mais je ne veux pas allonger indéfiniment cette communication, j'ajouterai toutefois que M. Febvré, mon collègue des femmes, m'a dit avoir, lui aussi, dans son service, une persécutée avec hallucinations génésiques et idées de grandeurs.

La doctrine de l'unité de tous les délires systématisés a déjà été formulée en 1883 par M. Gérente et en 1885 par M. Régis, qui ont très bien montré que leur diversité n'était que la différence d'explication des sensations morbides qui constituent, elles, l'élément capital de la maladie et qui sont identiqués dans tous les cas. Les prédisposés, méfiants et orgueilleux, que nous avons représenté, comme les candidats au délire systématisé peuvent, en effet, être méfiants dans des sens divers : l'un se méfiera de la puissance humaine, l'autre se méfiera de la puissance céleste. A la première période, le trouble émotif survenant, il est certain que celui-là versera dans le délire mystique et à la troisième période se croira un prophète ou un saint, tandis que celui-ci apercevra partout des mouchards ou des ennemis, et puis se figurera être fils de roi ; mais qui ne comprend que ces interprétations diverses ne sont, si on me permet cette comparaison, que des manteaux de coupe différente, taillés dans la même étoffe?

J'arrête ici, Messieurs, cette trop longue communication ; mon excuse des développements dans lesquels je viens d'entrer est ma conviction absolue que la synthèse de M. Magnan réalise un progrès considérable. M. Falret disait, avec ce grand tact pratique que nous lui connaissons tous, que ce qui nous manquait ce n'était pas l'observation détaillée et clinique des symptômes, mais la connaissance exacte de la coordination naturelle de ces divers symptômes, de leur marche et de leur évo-

©BIUM

lution ; or, la synthèse du délire chronique, qui devra s'appeler désormais psychose systématique, nous donne la coordination naturelle, la marche et l'évolution des symptômes d'un groupe considérable d'aliénés, ceux atteints de délire systématisé, quelle que soit la nature, mystique ou autre, de leurs conceptions délirantes.

M. B. Ball. — La communication de M. Marandon de Montyel nous laisse dans l'embarras pour savoir ce qu'il faut le plus y louer, de l'élégance du style, de l'abondance de l'érudition ou de la flexibilité de la logique. Un pareil discours semblerait appeler une réplique, je n'y répondrai certainement pas, d'abord parce que je suis convaincu que pour avoir raison il n'est pas nécessaire d'avoir parlé le dernier, et ensuite parce qu'il est grandement temps de clore ces débats qui ont duré déjà plus d'une année. Nous y avons trouvé l'avantage de connaître l'opinion de tous les aliénistes les plus autorisés de Paris ; nous avons vu défiler une longue série de faits et nous nous trouvons maintenant en présence de deux quantités irréductibles, car les partisans du soi-disant délire chronique ne se laisseront pas convaincre par ses adversaires, et par contre les adversaires de cette hypothèse ne se laisseront jamais convaincre par ses partisans. Dans cet état de choses, ne vaut-il pas mieux laisser la parole aux faits et attendre des observations nouvelles et surtout une bonne statistique d'un jour nouveau et porter la conviction dans les esprits. Je propose donc de clore ici la discussion et d'aborder un sujet nouveau. La classification des maladies mentales est depuis longtemps à l'étude, et la Société a nommé une commission dont le rapporteur a sans doute une communication à nous faire, sur laquelle une nouvelle discussion pourra s'engager.

A la suite d'un échange d'observations, la Société décide que la discussion sur le délire chronique peut être maintenant close, — sauf à être reprise plus tard, — la plupart des membres ayant pris position dans le débat et toutes les opinions ayant eu l'occasion de se manifester.

M. Falret demande que la discussion sur les « *diverses variétés de mélancolie* » figure à l'ordre du jour de l'une des prochaines séances. Il montre que c'est là

©BIUM

un sujet dont l'étude est indiquée après celle des folies héréditaires et du délire chronique, pour la délimitation précise de ces diverses formes et maladies mentales.

La séance est levée à six heures.

PAUL GARNIER.

RÉUNION ANNUELLE

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES SUISSES

Tenue à Bâle les 17 et 18 juin 1888.

Nouvel asile de Bâle. — Hypnotisme. — Folie à quatre. — La psychiatrie dans les examens médicaux fédéraux. — La sphygmographie dans l'aliénation mentale. — Préparations microscopiques du cerveau. — Félix Plater.

Le Congrès annuel des médecins aliénistes suisses comptait rarement autant de participants que celui de Bâle les 17 et 18 juin derniers. On s'y était donné rendez-vous de toutes les parties de la Suisse ; les confrères, moins privilégiés, retenus chez eux par des devoirs pressants, manquaient seuls à l'appel. Il faut dire que, outre l'attrait habituel des travaux intéressants annoncés sur le programme, il s'agissait de visiter le nouvel asile de Bâle dont la réputation est déjà très grande.

Depuis une vingtaine d'années les cantons suisses ont fondé les uns après les autres de magnifiques établissements d'aliénés, pour la construction et l'organisation desquels on a mis à contribution les récents progrès de la psychiatrie, et qui répondent autant que possible, suivant les circonstances locales, aux exigences modernes du traitement des aliénés. Les villes de Genève et de Bâle étaient restées seules en dehors de ce mouvement. Elles conservaient des asiles, insuffisants pour leurs besoins et qui rappelaient un autre âge ; ces asiles faisaient le contraste le plus pénible avec les autres établissements suisses. Après une étude approfondie, sou-

©BIUM

vent interrompue et toujours reprise, qui ne dura pas moins de trente années, la ville de Bâle vient de construire un nouvel asile, dans une position admirable, avec une vue splendide sur la ville, sur le Rhin et ses bords pittoresques. L'Alsace est à deux pas. On aperçoit à l'ouest les hautes cheminées de l'industrieuse ville de Saint-Louis, et au sud les maisons du village de Burgfelden paraissent si rapprochées qu'on ne s'imaginerait pas qu'une frontière les sépare, dont on s'efforce de faire aujourd'hui une muraille de la Chine.

Le nouvel asile bâlois est supérieurement organisé, comme nous allons le voir. Il est distant d'un kilomètre environ de la ville, qui s'étend en amphithéâtre du côté de l'Orient.

Quant à Genève, tout nous fait espérer qu'elle aura prochainement aussi son établissement modèle, dont l'étude a été confiée cette année même à une commission d'experts.

Les médecins aliénistes furent reçus le dimanche, 17 juin, dans le nouvel asile par M. le Dr Wille, professeur de psychiatrie à Bâle. A une heure et demie, dîner officiel, gracieusement offert par la ville aux membres du Congrès. De nombreux toasts furent portés et l'on échangea de cordiales paroles pendant ce banquet et celui du lendemain.

M. le prof. Wille qui préside la réunion souhaite la bienvenue aux psychiatres suisses. Il rappelle que la fondation de la Société des médecins aliénistes suisses, à laquelle il eut l'honneur de prendre part, eut lieu en 1864, dans une petite assemblée, très modeste, qui s'était réunie à la Waldau (Berne). Dès lors, la Société a pris peu à peu un grand développement. Il y a deux dates que l'orateur tient surtout à citer et qui ont une certaine importance dans l'histoire de la Société suisse de psychiatrie : — 1868 et 1871.

En 1868, à Rheinau (Zurich), les médecins suisses discutaient et finalement adoptaient à l'unanimité les nouvelles propositions faites par Griesinger sur l'organisation des asiles d'aliénés, tandis que les médecins allemands, réunis le même jour à Dresde, rejetaient à la presque unanimité ces mêmes propositions, et condamnaient leur auteur, qu'ils considéraient comme un

©BIUM

affreux révolutionnaire. Les *Annales médico-psychologiques* ont souvent rendu compte des ardentes discussions soulevées par les idées réformatrices du savant aliéniste. De Rheinau, un télégramme fut adressé à Griesinger, par lequel on lui annonçait le résultat de la discussion. Il répondit aussitôt en exprimant sa joie d'apprendre que les psychiatres suisses marchaient avec les progrès de la science, au moment où ses compatriotes venaient de prouver qu'ils ne voulaient pas entrer dans cette voie. Dès lors, nous le savons, on s'est ravisé en Allemagne, et la construction des asiles cliniques de Leipsig et de Heidelberg, est venue prouver qu'on avait enfin compris les avantages des propositions formulées par Griesinger, et qui découlaient du reste de l'enseignement des maîtres français, d'Esquirol et de Falret en particulier.

En 1871, la réunion avait lieu à Bâle, qui recevait pour la première fois les médecins aliénistes suisses. M. Wille fait à ce propos un parallèle entre l'ancien asile et le magnifique établissement dans lequel nous sommes reçus aujourd'hui. Il loue l'esprit public des habitants de Bâle qui n'ont reculé devant aucun sacrifice pour construire cet asile et le mettre à la hauteur des exigences de la science moderne.

L'après-midi tout entière du 17 fut consacrée à la visite de ce bel établissement.

Pour organiser le nouvel asile de Bâle, le prof. Wille s'est inspiré des idées de Griesinger qui demandait, on s'en souvient, la création de trois sortes d'asiles.

1° Un asile urbain (qui sera clinique dans les villes universitaires), situé dans le voisinage immédiat des villes pour recevoir le plus promptement possible les cas aigus de toute nature ;

2° Un établissement à la campagne pour les malades chroniques qui n'ont pas besoin de soins médicaux particuliers et qui sont capables de travailler ;

3° Un hospice pour les aliénés malades ou infirmes de corps.

Comme il ne pouvait être question de construire trois établissements distincts pour Bâle-Ville, le professeur Wille réunit ces trois asiles en un seul, au moyen de pavillons, assez éloignés les uns des autres pour former des individualités propres, mais suffisamment reliés

©BIUM

entre eux cependant pour être groupés en une seule grande institution, dans laquelle tous les services sont centralisés sous une administration commune.

Ces pavillons sont au nombre de dix, soit cinq pour chaque sexe. Aux trois pavillons répondant aux divisions de Griesinger sont venus s'ajouter une villa destinée aux pensionnaires et un dernier pavillon pour les aliénés chroniques agités et bruyants.

Les dix pavillons sont aménagés pour recevoir 220 malades des deux sexes. Ce système ne rend vraiment tous les services qu'on lui demande que si le nombre des malades dans chaque division ne dépasse pas 15 à 30, suivant la destination du pavillon. Dès que ce chiffre atteint 60 ou 100, comme dans certains asiles, il ne peut plus être question des avantages dont nous parlons.

Le pavillon clinique et celui des agités ont le moins grand nombre de malades, tandis que ceux des pensionnaires et des chroniques tranquilles en renferment le plus grand nombre. Chaque « petite maison » est adaptée le mieux possible aux besoins des différentes catégories de malades qu'elle doit recevoir. Voilà ce qui a permis d'éviter la monotonie dans l'architecture simple et variée de ces villas. Nous ne pouvons entrer ici dans le détail de ces constructions qui nous ont paru répondre parfaitement à leur but. Nous dirons seulement que le principe du no-restraint est appliqué partout d'une manière complète et que les pavillons des agités sont organisés en conséquence. L'impression qui nous est restée de notre visite à Bâle est des plus favorables.

On respire partout dans cet asile le calme et la sérénité, et l'on se croirait plutôt au milieu de riantes villas que dans un hôpital de fous. Tous les travaux de la maison et du jardin sont exécutés par les malades, dont 60 à 70 sur 100 y ont été employés en 1887. On s'aperçoit dès l'abord que rien n'a été négligé dans la construction et l'aménagement de cet asile pour satisfaire le plus complètement possible aux exigences de l'hygiène et aux principes de la science psychiatrique. L'établissement a été inauguré le 28 octobre 1886 avec 118 malades. Au 31 décembre 1887, il en renfermait 179.

Le coût total a dépassé 1,900,000 francs. Mais, dès le premier exercice (année 1887), le chiffre des pensions

©BIUM

atteignait 96,000 fr., de sorte que le déficit réel de l'exercice ne se montait qu'à 27,000 francs, ce qui fait bien augurer de l'avenir financier de cet établissement.

Le lundi 18 juin, la séance s'ouvre à huit heures du matin par une démonstration expérimentale de M. le professeur FOREL (Zurich) sur l'*Hypnotisme*. Quatre infirmiers et infirmières sont successivement hypnotisés par M. Forel. On sait que ce dernier appartient complètement à l'école de Nancy, qui rapporte tous les phénomènes de l'hypnotisme à la suggestion.

Chez une première infirmière, âgée de vingt ans, qui avait eu pendant la nuit précédente le service de garde, et se plaignait de mal de tête, M. Forel obtint en quelques minutes la catalepsie suggestive. Il lui affirma qu'elle n'avait plus mal à la tête et lui dit qu'à son réveil elle verra sur la table un verre d'eau dont elle boira quelques gorgées, après quoi elle retombera immédiatement endormie. Cette dernière suggestion ne se réalisa pas, mais le mal de tête avait totalement disparu. La patiente se souvint de tout ce qui lui avait été dit, malgré la suggestion contraire. L'opération réussit mieux chez un jeune infirmier que M. Forel endormit en moins d'une minute, et sur lequel il démontra facilement les phénomènes de l'anesthésie et de la catalepsie suggestives. Il lui ordonna de placer une chaise sur la table, après son réveil, et lui dit qu'il ne pourra pas s'en empêcher, ce qui fut ponctuellement exécuté par le jeune homme après un moment d'hésitation.

En somme, M. Forel, qui désirait montrer à ses confrères comment il faut s'y prendre pour hypnotiser la première personne venue, a pleinement atteint son but.

M. le président fait ensuite quelques communications sur des questions administratives concernant la Société, dont la prochaine réunion est fixée pour 1889 à Rheinau (Zurich).

L'ordre du jour appelle le travail de M. FOREL sur la *Folie à quatre*. Il s'agit d'un cas très curieux de folie familiale, à forme identique chez trois sœurs et un frère, dont le délire a été « induit » et dirigé par une des sœurs, plus énergique et plus intelligente que les autres. Il est très rare que le délire *induit* s'observe sur plus de deux personnes. Jacowenko qui en a réuni

©BIUM

113 cas (avec un total de 254 malades) ne le signale que dans quatre cas. Comme Marandon de Montyel il distingue dans la folie induite, une folie imposée, simultanée et communiquée. Il faut séparer la « folie induite » des cas de contagion proprement dite, comme on les voit éclater parfois dans les asiles ou dans les épidémies mentales, les revivals, etc. M. Forel en sépare aussi les cas récents d'épidémie hypnotique ou « magnétique » qui ne sont que des effets de suggestion. La suggestion agit évidemment aussi dans la folie induite, mais il existe avant tout dans ces cas une tare héréditaire commune aux malades et ordinairement très prononcée.

Les cas du Dr Forel se sont déclarés à Illnau (village du canton de Zurich qu'il ne faut pas confondre avec Illenau, où se trouve l'asile dont le Dr Schuele est le directeur) dans la famille S..., composée de Caroline, Louise, Anna et Jean, vivant ensemble, depuis la mort de leurs parents, retirés dans une maison isolée qui est leur propriété. Il fallut faire un siège en règle pour s'emparer de ces quatre aliénés. Ils s'étaient barricadés dans leur maison dont ils ne voulaient absolument pas sortir. On les transféra, non sans peine, dans l'établissement de Burghœlzli, en juillet 1887. Le professeur Forel les trouva dans la salle d'attente, tous quatre assis, serrés les uns à côté des autres, dans la même attitude, ayant tous le même regard et la même expression. L'une des sœurs, Anna, est le chef incontesté de la bande. C'est elle qui porte la parole, se répand en récriminations et en plaintes contre la police, entrecoupées de versets bibliques et de phrases pieuses. Les trois autres partent alors en même temps, et répètent tous, sur le même ton, les mêmes phrases religieuses, les mêmes plaintes et les mêmes récriminations. Leurs discours sont exactement calqués sur les paroles d'Anna. Les quatre ensemble récitent les mêmes litanies.

Quant à leurs antécédents, la mère et la grand'mère étaient folles. Le père anormal. Outre la maison, les enfants avaient hérité d'un petit capital de 8,000 francs sur lequel ils se sont toujours refusés à payer un centime d'impôt. Ils se refusaient aussi à travailler. Ils s'isolèrent de tous de leurs voisins et ne recevaient personne.

©BIUM

Un cinquième frère vit à Zurich, où il est chiffonnier. C'est un mauvais sujet, un ivrogne, qui vaut beaucoup moins que les autres. Il paraît atteint de folie morale. Jamais les quatre ne se séparaient. Pour consentir à travailler, ils exigeaient qu'on leur donnât de l'ouvrage pour tous, car jamais l'un n'aurait voulu s'occuper sans les autres. Aussi ne trouvaient-ils aucune occupation. Ils croupissaient dans l'oisiveté la plus complète. Depuis une année surtout les scandales étaient devenus intolérables. Les S... vivaient dans une saleté épouvantable et passaient tout leur temps à prier et à chanter des cantiques.

Anna, qui avait travaillé autrefois dans la fabrique de soieries, étant un jour en chemin de fer, entendit des bribes de conversation desquelles elle conclut qu'il y avait une guerre entre l'Angleterre et la Russie et que c'était pour cette raison qu'ils ne trouvaient point de travail. Elle le raconta à la maison et dès lors cette parole fut leur évangile. Le propos du chemin de fer devint l'idée délirante systématisée, et régla dès ce moment toute leur vie. Quand on leur offrait du travail, Anna répondait et les autres répétaient qu'il y avait une guerre entre la Russie et l'Angleterre, et par conséquent point de travail.

Caroline, l'aînée, est la plus malade ; ses sœurs disent elles-mêmes que Caroline a été folle pendant deux ans. Un jour on la vit sortir de la maison en courant, les cheveux en désordre et criant au secours. Le bruit se répandit alors que ses frères et sœurs avaient voulu la crucifier, ce qui était faux ; Caroline est sujette à des hallucinations et c'était sous l'empire d'une hallucination que l'incident susdit avait eu lieu. Jamais les S... n'allaient à l'église ; ils n'appartiennent à aucune secte religieuse, car ils ont leur propre religion. Ils sont d'une grande véracité, honnêtes et francs, et manifestent une confiance absolue en Dieu, tout à fait enfantine. Il va sans dire que c'est Anna qui raconte tout cela. Tout ce qu'elle dit est immédiatement accepté par les autres et répété mot pour mot. C'est le « caporal », comme l'appelle M. Forel.

Au Burghœlzli les malades furent séparés les uns des autres, ce qui les mit au désespoir. Il fut très difficile de

©BIUM

les maintenir isolés. Ils cherchaient toutes les occasions de communiquer entre eux et de se réunir. Malgré leur séparation absolue pendant des mois, leur délire continua exactement comme auparavant. Louise travaillait un peu. Anna ne cessait de se plaindre et se disait une martyre. Jean, faible d'esprit, n'était apte à rien. Un tuteur fut nommé et bientôt la commune, qui s'impatientait de payer les pensions, demanda si on ne pourrait pas faire sortir de l'asile les moins malades. Louise et Jean furent alors rendus à la liberté et se retirèrent dans leur maison. A peine hors de l'asile, ce fut Louise qui prit l'ascendant, qui devint « caporal ». Jamais on ne put obtenir qu'elle se séparât de son frère. Leur état mental s'aggrava bientôt considérablement et on dut les réintégrer à l'asile. Depuis ce moment Louise reste inerte et ne veut plus travailler comme avant sa sortie. Anna s'est au contraire améliorée. Mais les quatre ont toujours leur délire systématisé et leurs idées fixes. On s'occupe de vendre leur maison, et on tentera après cette vente de libérer celui des quatre qui paraîtra le moins malade.

Discussion. Le professeur WILLE (Bâle) cite un cas de « psychose émotive » qu'il a eu l'occasion d'observer récemment chez plusieurs membres d'une même famille. Il insiste sur la tare héréditaire.

Le Dr BURKHARDT (Préfargier) a aussi observé quatre cas de folie dans la même famille à la suite d'une manie puerpérale provoquée par les excentricités de l'armée du Salut. Mais ces cas offraient des formes différentes d'aliénation chez les divers membres de la famille et n'appartiennent, par conséquent, pas au groupe des folies induites. — C'est ce que fait observer le Dr LADAME, en signalant les analogies frappantes qui existent entre les cas de M. Forel et ceux rapportés par M. le professeur Ball dans l'enquête médico-légale relative à la famille d'Euphrasie Mercier.

Le Dr JŒRGER (de Saint-Pirminsberg) a vu aussi un cas très curieux de folie induite par une mère sur ses deux filles. Comme toujours, la tare héréditaire était très lourde. Après avoir été dans l'aisance, la famille, dont il est ici question, tomba dans la misère à la suite du décès de son chef. La veuve se crut bientôt persécutée par

©BIUM

les autorités. La fille aînée étudiait à cette époque la botanique et la zoologie. Elle entendit parler dans ses leçons d'hermaphrodisme et commença à penser qu'elle-même était aussi hermaphrodite. Elle en parla à sa mère et lui fit bientôt constater les caractères masculins qu'elle s'imaginait posséder sur son corps, son larynx proéminant, sa voix, ses clavicules massives, etc. La jeune sœur partage les mêmes idées délirantes. Les trois femmes partent pour l'Amérique sous l'empire de leur double délire. La fille aînée porte désormais des habits d'homme. Elle entend dans la rue des personnes qui l'accusent d'avoir des relations sexuelles avec sa sœur. A la suite de scandales provoqués par leurs idées de persécution, la police les fait séquestrer. En sortant de l'asile, l'aînée revêt de nouveau les habits d'homme. Elles sont rapatriées et placées à Saint-Pirminsberg. Le Dr Joerger se réserve de publier prochainement une relation détaillée de ces cas.

Le professeur Forel explique la genèse de ces délires par l'auto-suggestion, et montre les analogies de ces cas avec les phénomènes observés pendant l'hypnotisme. Si l'on affirme à une personne hypnotisée qu'elle est hermaphrodite, on verra la suggestion opérer exactement comme dans le cas précédent et avoir les mêmes conséquences. L'hallucination naît de l'hyperesthésie des sens. M. Forel cite l'histoire d'un malade qu'il a traité récemment pour une chaude-pisse imaginaire. Cet homme avait eu une gonorrhée quelques mois auparavant à Constantinople. Or, il présenta pendant quinze jours la répétition de tous les symptômes de sa précédente gonorrhée, à l'exception de l'écoulement blennorhagique. On lui fit constater que rien ne s'écoulait par l'urèthre. Il le reconnut bien, mais il n'en resta pas moins persuadé qu'il avait la chaude-pisse, car il souffrait les mêmes douleurs et les symptômes continuèrent à se développer comme dans la première gonorrhée. Il refit d'un bout à l'autre sa maladie par auto-suggestion. Les cas de ce genre ne pouvaient être expliqués avant les observations de l'hypnotisme.

Le Dr Challand (directeur de l'asile de Bois-de-Céry, près Lausanne) rapporte sur les « questions de psychiatrie comme objet de l'examen médical fédéral » :

©BIUM

Jusqu'à présent la psychiatrie a été considérée comme une branche accessoire dans les examens des médecins praticiens. Cependant on avait cherché à plusieurs reprises, toujours sans succès, à donner à cette branche l'importance qu'elle mérite. Aujourd'hui la partie est gagnée. La commission directrice des médecins suisses, après bien des hésitations, a fini par décider dans sa dernière séance, que la psychiatrie serait introduite dans l'examen oral de médecine. Toutes les facultés suisses le demandent et le conseil fédéral l'a adopté. Il s'agit maintenant que les étudiants trouvent partout l'instruction nécessaire. Il serait important qu'on se mette d'accord dans les universités suisses pour l'adoption d'un programme uniforme, qui serait à la base de l'enseignement de la psychiatrie dans les diverses facultés de médecine, afin que les étudiants puissent changer d'université sans compromettre leurs examens. Au Congrès d'Anvers, on avait décidé d'établir une statistique générale. En Suisse, on a étudié la possibilité d'une classification unique. Tout cela sans résultat pratique. Est-il possible d'arriver à un programme uniforme? L'orateur le croit et propose d'en faire l'objet d'une étude sérieuse.

Discussion. — Le professeur WILLE rappelle qu'en Allemagne les facultés de médecine, puis les gouvernements ont envisagé que la psychiatrie ne devait pas figurer dans les examens des médecins, sauf pour l'examen spécial du « physicus », c'est-à-dire du fonctionnaire qui est chargé des expertises médico-légales. La psychiatrie est assurément fort bien enseignée en Allemagne, mais le couronnement de cette étude fait défaut. Elle ne figure pas au programme des examens. C'est triste et regrettable. La Suisse est donc avec la Russie un des premiers pays dans lesquels ce progrès aura été accompli. L'important n'est pas la classification dans l'enseignement de la médecine mentale. Ce que le futur praticien doit apprendre à la clinique psychiatrique, ce sont les signes qui permettent de reconnaître si oui ou non un individu est sain d'esprit. Mais la manière d'enseigner la pathologie mentale doit rester particulière à chaque professeur. Aux examens de psychiatrie il faudrait présenter au candidat un cas clinique,

©BIUM

comme cela se fait pour la médecine et la chirurgie.

Le Dr Muller, de Bâle, ancien président de la Commission des médecins suisses, se prononce contre l'examen spécial de psychiatrie. Il préfère le système allemand avec ses *physicus*, bien préparés, bien spécialisés. La psychiatrie est une branche très développée de la médecine, qui demande des études spéciales prolongées qu'on ne saurait exiger de tous les médecins praticiens.

Le Dr Burckhardt (Neuchâtel) dit que nous n'avons pas le choix. En Suisse, chaque médecin peut être appelé à faire une expertise médico-légale. La loi exige en outre que tout médecin puisse donner un certificat pour l'internement d'un aliéné dans un établissement. Quant au programme général demandé par M. Challand et appuyé par M. Ladame, on pourrait le baser sur les questions posées aux médecins praticiens pour l'admission des malades dans les asiles.

M. Forel a été, à Zurich, l'initiateur de la réforme obtenue. Il ne faut pas séparer la psychiatrie du reste de la médecine. L'orateur n'admet pas ce respect exagéré qu'on exprime pour la psychiatrie. Quand on tient les choses pour si sacrées on n'ose plus y toucher. Il ne faut plus qu'on voie des médecins experts, comme cela est arrivé, déclarer sain d'esprit de véritables aliénés. Tous les médecins ont besoin d'étudier la psychiatrie et de se former à la clinique des maladies mentales, pour leur pratique future.

Le Dr Burckhardt (Préfargier) lit son travail sur « les applications de la sphygmographie à l'étude de l'aliénation mentale. » L'auteur se demande ce que la sphygmographie nous a appris depuis vingt ans en psychiatrie. Il a examiné à ce point de vue un grand nombre d'aliénés, et il a déjà fait des diagnostics et trouvé des indications thérapeutiques d'après les résultats de cet examen. M. Burckhardt présente de nombreux tracés sphygmographiques pour appuyer ses conclusions. Il fait l'histoire de plusieurs cas cliniques intéressants.

Chez un malade atteint de folie circulaire à accès mensuels, il a réussi à supprimer les accès par des injections sous-cutanées de strychnine, pratiquées préventivement, chaque fois que l'on constatait au sphygmographe un changement dans la pression artérielle, signe

©BIUM

précurseur annonçant l'imminence de l'accès. Dans un second cas de folie circulaire, à forme bimensuelle, le Dr Burckhardt fait depuis une année des injections systématiques de strychnine d'après les mêmes indications. Il a obtenu déjà une grande amélioration et espère arriver à la suppression des accès maniaques.

Le Dr Greppin (médecin assistant à Bâle) présente un travail très bien fait sur les nouvelles méthodes d'examen microscopique des centres nerveux. Il a étudié ces méthodes surtout au point de vue de leurs avantages et de leurs inconvénients cliniques. La méthode d'Exner, dit-il, est excellente, mais coûteuse, désagréable et sans résultats durables. Celle de Weigert exige trop de temps et n'est pas sûre pour les fines fibres cérébrales. Par contre l'amélioration que Pal a apportée à cette méthode est vraiment pratique. La méthode de Golgi est très bonne aussi, quand elle réussit. Le Dr Greppin fait de très belles colorations à la safranine. Il présente un grand nombre de coupes admirablement réussies et démontre séance tenante, au moyen d'un microtome de M. Malassez, comment il faut s'y prendre pour faire des recherches rapides sur la constitution des fines fibres de l'écorce cérébrale.

Le professeur Wille termine la séance par un exposé des observations psychiatriques très remarquables, faites à Bâle il y a bientôt trois siècles, par Félix Plater qui était un clinicien distingué en aliénation mentale. Il suffit de lire ses descriptions si exactes pour reconnaître les principaux types de folie que nous connaissons aujourd'hui. On y trouve des observations très nettes de paralysie générale, qui existait à cette époque comme de nos jours, mais que les médecins ne voyaient pas. Les œuvres de cet auteur ne sont pas assez connues des aliénistes. M. Wille tenait à les mettre en relief à l'occasion de la réunion des psychiatres suisses dans la ville où Félix Plater avait professé la médecine.

Paul Ladame.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

ANNÉE 1886

1. — *Du surmenage intellectuel et de la sédentarité dans les écoles.* Communications de MM. Lagneau et Dujardin-Beaumetz (Séances des 27 avril et 11 septembre 1886).

Dans cette longue communication remplie de faits et de citations de lettrés, de savants, de professeurs, de médecins et d'hygiénistes, M. *Lagneau* démontre qu'il y a nécessité à restreindre les heures de travail intellectuel de nos jeunes écoliers, à diminuer les longues et fastidieuses heures d'étude, à modifier enfin les programmes des lycées et des concours pour les grandes écoles nationales.

Le surmenage intellectuel des enfants dans les lycées et même dans les familles, provoque toutes sortes d'affections : des affections des voies digestives, des maladies organiques des poumons, des déviations de la colonne vertébrale, la myopie, le nervosisme, des affections graves des centres nerveux, l'aliénation mentale, etc.

A la fin de son remarquable mémoire, M. Lagneau cite les paroles suivantes de M. Gréard : « La valeur d'un homme consiste non à ressembler à tous les autres, mais à réaliser la perfection de sa nature... Une société ne se soutient et ne s'élève que par la diversité des élites qu'elle produit. »

M. *Dujardin-Beaumetz* complète la communication faite précédemment par M. Lagneau sur le surmenage intellectuel dans les écoles. M. Lagneau s'est surtout appliqué à montrer les dangers du surmenage intellectuel dans l'éducation des garçons, M. Dujardin-Beaumetz démontre que ces dangers sont tout aussi grands, si ce n'est plus, dans l'éducation des filles.

©BIUM

2. — *Sur l'alcoolisme.* Rapport de M. Rochard. Discussion : MM. Gallard, Dujardin-Beaumetz, Bergeron, Brouardel, etc. (Séances des 6, 20 et 21 juillet ; 3 et 10 août; 19 et 26 octobre ; 16, 23 et 30 novembre 1886).

M. *Rochard*, rapporteur : Les causes auxquelles il convient de rapporter les ravages croissants de l'alcoolisme sont au nombre de trois : L'invasion du phylloxera qui a diminué la production et par suite la consommation du vin naturel, laquelle a dû se rejeter sur celle de l'alcool et des vins frelatés ; l'importance croissante prise par la fabrication des esprits d'industrie, dont la production est sans limite et dont le prix va toujours s'abaissant ; la multiplication des cabarets dont le nombre a augmenté d'un quart depuis la loi du 17 juillet 1880. Au dernier recensement, on en comptait en France 320,000; soit un pour 100 habitants et pour 25 consommateurs.

Et voici les conclusions que la commission propose à l'Académie d'adopter :

1° L'Académie, se plaçant au point de vue de l'hygiène, considère l'alcoolisation comme nuisible ; mais pour répondre à certaines conditions de transport et de conservation, elle ne croit pas devoir s'opposer à la pratique du sucrage des moûts, à condition de se servir de sucre cristallisé.

2° Elle émet le vœu que le gouvernement prenne des mesures pour empêcher l'entrée en France des vins additionnés d'alcool.

3° Elle propose d'abaisser de 15 à 12 degrés la limite au-delà de laquelle les vins de consommation générale devront être frappés de surtaxe.

4° Les eaux-de-vie de consommation et les esprits destinés à la consommation des liqueurs ne doivent jamais contenir plus de 1 p. 100 au maximum d'alcools supérieurs.

5° Il y a nécessité à réduire le nombre des cabarets, à les réglementer et à appliquer sérieusement les lois répressives de l'ivrognerie.

La discussion s'ouvre sur ces conclusions.

M. *Gallard* dit que le *coupage*, le *mouillage*, le *vinage* même des vins, ce dernier quand il est fait avec des alcools rectifiés, n'ont pas d'influence nuisible sur la santé des consommateurs.

M. *Dujardin-Beaumetz* répond que les eaux-de-vie de vin

©BIUM

sont excessivement rares et que le vin auquel on a ajouté de l'alcool, même très bien rectifié, n'est pas du vin véritable, puisqu'on a ajouté à sa composition un produit qui lui est étranger par son origine. Dans le temps, l'alcoolisme n'existait pas dans les pays vignobles, parce que dans ces derniers, on ne consommait que du vin véritable ; maintenant qu'on y consomme des vins vinés, l'alcoolisme y devient de plus en plus en plus fréquent.

M. *Bergeron :* Il faudrait être naïf pour croire que les viticulteurs pratiquent le vinage avec des alcools ayant subi l'opération des rectifications successives ; ils se servent d'alcools à bon marché, c'est-à-dire d'alcools renfermant beaucoup d'alcools supérieurs. Donc la pratique du vinage est nuisible au plus haut degré.

M. *Brouardel* appuie les conclusions de la commission. Le vin, dit-il, n'est pas une dissolution plus on moins concentrée d'alcool dans l'eau, c'est un *aliment*. Il l'est par les acides, les sels qu'il contient, les phosphates, le tartrate, le tannin, la potasse, etc... De plus, le vin est un *aliment vivant*.

M. *Bergeron* apporte quelques modifications aux conclusions de la commission, modifications provoquées par la discussion précédente; ainsi, l'Académie repousse l'alcoolisation des bières, des cidres, des poirés, au même titre que celle du vin. Elle voudrait que le gouvernement prît les mesures les plus sévères pour empêcher l'entrée en France des vins additionnés d'alcool.

Les nouvelles conclusions sont discutées et MM. *Riche* et *Chatin* s'occupent de la partie purement chimique de la question du vinage, soit par les alcools, soit par le sucre introduit dans le moût.

Puis M. *Vallin* met en évidence l'insuffisance de nos connaissances sur deux points principaux :

1° Quelles sont, indépendamment des alcools amylique, propylique, butylique, etc., les substances toxiques qui se trouvent dans les alcools mal purifiés, et quelle est leur action spéciale sur l'organisme? — 2° Comment peut-on reconnaître et doser ces principes toxiques, quand l'alcool qui les contient est mélangé aux vins et à d'autres liqueurs complexes?

Il appartiendrait à l'Académie de hâter la solution de ces problèmes en provoquant et en facilitant les recherches par des subventions et des prix.

MM. *Le Fort* et *Brouardel* apportent de nouveaux arguments à la thèse qu'ils ont déjà soutenue.

©BIUM

Enfin, voici les différentes propositions votées par l'Académie à la fin de cette longue discussion :

L'Académie de médecine, se plaçant au point de vue de l'hygiène, déclare :

« 1° Que le vinage ou alcoolisation des vins, à l'aide de l'alcool pur et ne dépassant pas deux degrés, peut être toléré ; mais en dehors de ces conditions, il doit être absolument interdit ;

« 2° Le vinage n'est pas seulement dangereux par la quantité et souvent par la mauvaise qualité de l'alcool qu'il ajoute au vin, mais encore parce qu'il permet le mouillage, qui est à la fois une fraude et une falsification ;

« 3° Les alcools dits supérieurs augmentent considérablement les dangers des eaux-de-vie et des liqueurs, il y a lieu d'exiger que les alcools destinés à la fabrication de ces produits soient complètement purs ;

« 4° L'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de réduire le nombre des débits de boissons, de les réglementer et d'appliquer sérieusement les lois répressives de l'ivrognerie. »

3. — *De la responsabilité partielle des aliénés ;* par M. B. Ball (Séance du 7 septembre 1886).

Cette communication a été publiée dans les *Annales médico-psychologiques* (n° de novembre 1886, p. 424).

4. — *Recherches sur la céphalométrie, à l'aide de nouveaux appareils céphalographiques ;* par le Dr J. Luys (Séance du 28 septembre 1886).

Les céphalomètres employés jusqu'à présent présentent de nombreuses imperfections. M. Luys a imaginé un instrument nouveau, un céphalographe, qui réalise un grand progrès en céphalométrie. Cet instrument a une certaine analogie avec le *conformateur* des chapeliers et des sculpteurs.

L'auteur donne les résultats qu'il a obtenus au moyen d'une série de mensurations trop peu nombreuses, comme il le dit lui-même, pour qu'on puisse en tirer des conclusions certaines, mais qui sont assez imprévues. Ainsi, chez douze paralytiques généraux du sexe masculin, les différents diamètres, comparés aux mêmes diamètres de douze sujets sains, prédominent de 10 millimètres.

« Deux séries d'applications peuvent être faites, de ces nou-

©BIUM

velles méthodes de mensuration céphalique, qui pourraient avoir dans la pratique un retentissement considérable. L'une est relative à l'étude du développement physiologique de la tête chez les jeunes sujets, principalement pendant la période d'adolescence qui se passe dans les lycées, au point de vue du développement intellectuel ; l'autre intéresse la constatation de l'identité chez les criminels. »

ANNÉE 1887.

1. — *Du surmenage intellectuel et de la sédentarité dans les écoles ; du degré d'aptitude militaire des jeunes hommes plus ou moins instruits.* — Communication de M. G. Lagneau. Discussion : MM. Brouardel, Dujardin-Beaumetz, Léon Lefort, Peter, etc. (Séances des 8 et 15 mars ; 17 mai ; 21 et 28 juin ; 5, 19 et 26 juillet ; 2 et 9 août 1887).

M. *Lagneau* fit, le 8 mars 1887, une communication à l'Académie sur les conséquences du surmenage intellectuel à l'école. De minutieuses recherches statistiques, il résulte que les jeunes gens ayant passé les examens des divers baccalauréats, ayant obtenu des diplômes de fin d'études ou des brevets de capacité, ont une proportion d'exemptés, de dispensés ou d'ajournés beaucoup plus élevée que celle des jeunes gens en général. Ces proportions témoignent de l'inaptitude militaire beaucoup plus grande de nos jeunes gens instruits, soumis dès le jeune âge à la fâcheuse influence de nos modes d'éducation sur le développement physique. — Des observateurs compétents ont du reste noté depuis longtemps que le travail exagéré au moment des examens accroissait le nombre des malades dans les lycées. M. le professeur Charcot a établi que la neurasthénie sévissait principalement sur les élèves de l'Ecole centrale et de l'Ecole polytechnique. M. Beard a dit que le système d'éducation actuel était fait pour épuiser le système nerveux et pour peupler les asiles. — Le Dr Henrot : Combien la phtisie a-t-elle enlevé de jeunes gens à la fin de leurs humanités ! etc...

A la suite de cette communication et de quelques paroles de M. Dujardin-Beaumetz sur les inconvénients du surmenage intellectuel chez les filles, l'Académie a décidé que la question du surmenage intellectuel et de la sédentarité dans les écoles sera mis à l'ordre du jour de ses séances et renvoyée préalablement à l'examen d'une commission composée de MM. Ber-

©BIUM

geron, Larrey, Dujardin-Beaumetz, Proust et Lagneau, rapporteur.

Voici un court résumé du rapport de M. Lagneau : *Principaux états morbides* attribuables au surmenage intellectuel et à la sédentarité : — 1° La myopie, exceptionnelle chez les enfants commençant à aller à l'école, devient très fréquente à mesure que ceux-ci avancent dans leurs classes. — 2° Les déformations du rachis et du bassin, fréquents surtout chez les filles de six à quatorze ans par le fait de la station assise prolongée et d'attitude vicieuse. — 3° Des troubles nutritifs, l'anémie sont la conséquence de la sédentarité. — 4° La périostite-alvéo-dentaire au moment des examens, causée surtout par l'état d'hyperémie cérébrale. — 5° En temps d'épidémie, la surcharge intellectuelle, déprimant l'organisme, prédispose aux atteintes des maladies. — 6° La phtisie trouve dans les écoles et lycées les meilleures conditions de développement. — 7° Enfin, des troubles nerveux et intellectuels sont la conséquence de la surcharge intellectuelle excessive et prématurée à laquelle se soumettent les jeunes gens en vue des concours.

Mesures hygiéniques : modifier l'éclairage des salles d'étude, modifier les sièges et les pupitres, et surtout modifier les modes d'enseignement actuellement adoptés. — Autant que possible, substituer l'externat à l'internat. — Le sommeil doit durer huit à neuf heures au moins. — Diminuer les heures d'étude et interrompre le travail intellectuel par des récréations fréquentes. — Les programmes de l'enseignement doivent être réduits, proportionnellement à la durée du temps donné au travail intellectuel. — Remplacer autant que possible les examens généraux et encyclopédiques par des examens partiels et fréquents. — Enfin, consacrer une partie de la journée aux jeux, aux courses, promenades, exercices gymnastiques, etc...

Conclusion : L'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur les graves conséquences morbides du surmenage intellectuel et de la sédentarité dans les écoles, lycées et écoles spéciales, et sur la nécessité d'apporter de grandes réformes aux modes et aux programmes d'enseignement actuellement adoptés.

La discussion de ce rapport est pleine d'intérêt, elle a duré prés de quatre mois. De nombreux orateurs, qu'on peut diviser en deux camps, y prirent part. Dans l'une, ceux qui, avec M. Lagneau, considèrent le surmenage intellectuel des enfants et des jeunes gens comme très préjudiciable et sont

©BIUM

partisans de réformes radicales dans l'hygiène de nos établissements scolaires, et dans nos modes d'instruction ; dans l'autre, ceux qui trouvent exagérées les conséquences nocives attribués au mode actuel d'instruction et qui ne croient que peu ou même ne croient pas du tout à ce que l'on appelle le surmenage intellectuel des écoliers et des lycéens.

Parmi les premiers : M. *Brouardel* qui, dans un remarquable discours, démontre qu'il faut, aux deux causes connues de l'étiolement physique et intellectuel des élèves de l'enseignement secondaire, le surmenage et la sédentarité, en ajouter une troisième, le séjour dans les grandes villes.

Cette troisième cause exerce aussi son influence sur les enfants du peuple qui ne fréquentent pas les lycées, mais qui vivent dans de mauvaises conditions hygiéniques. Ces enfants se *féminisent*, quand arrive l'époque de la puberté. C'est parmi eux que les pédérastes exploiteurs recrutent leurs sujets. — Le séjour dans les grandes villes, combiné à l'encombrement, aurait un effet tout aussi déplorable chez les jeunes gens des lycées. La caractéristique de la dégénérescence spéciale causée par le séjour dans les grandes villes est un arrêt de développement de l'intelligence et des organes génitaux. Comme conclusion, M. Brouardel demande qu'on place les grands établissements d'instruction au dehors des villes.

M. *Dujardin-Beaumetz* trouve que pour les filles les heures de classes sont tout à fait trop nombreux. Il donne le programme du cour primaire de jeunes filles de la rue de Jouy et on apprend, non sans surprise, qu'on enseigne à des enfants : la littérature française, la psychologie, la physique, la chimie, le dessin, la philosophie historique, l'économie politique! etc.

M. Léon Lefort dit que dans les écoles de campagne les heures de classes sont aussi trop nombreuses.

M. Rochard formule les conclusions suivantes : Il est désirable que la durée de la classe et des études, le temps exigé pour les devoirs et les leçons soient abaissés de telle façon que le travail intellectuel ne dépasse pas huit heures par jour pour les plus âgés. — Que le temps consacré aux récréations et aux exercices du corps soit augmenté, et que ces derniers deviennent obligatoires dans les concours. — Que les lycées d'internes soient transférés hors de l'enceinte des grandes villes.

M. Peter fait un tableau très sombre des effets du surmenage scolaire. On observe d'abord, dit-il, de la courbature cérébrale caractérisée par de la céphalalgie et par de l'inapti-

©BIUM

tude au travail. Un degré de plus, on a de la céphalalgie, de la fièvre et des épistaxis, c'est la fièvre de fatigue. Un degré encore, aux symptômes précédents s'ajoutent des troubles digestifs, un épuisement général, une fièvre continue, c'est la fièvre typhoïde. M. Peter est même amené à proclamer que si, par malheur pour lui, on l'avait mis au lycée quand il était enfant, il y serait mort.

Parmi les orateurs qui pensent qu'on exagère les effets nocifs du surmenage :

M. Colin (*d'Alfort*) trouve que les programmes sont trop chargés et qu'il faut les modifier, mais il lui semble que l'on va trop loin en demandant des transformations radicales et du reste on exagère le surmenage scolaire qui n'est pas aussi fréquent qu'on le croit.

M. Maurice Perrin: Les céphalalgies des écoliers sont le plus souvent dues à un état optométrique défectueux, de bonnes lunettes les guérissent.

M. Lancereaux : Le plus grand nombre des désordres pathologiques qu'on attribue au surmenage lui sont étrangers et proviennent d'une tendance héréditaire, d'un accroissement excessif, d'une aération ou d'une alimentation insuffisantes, enfin d'une hygiène défectueuse. Le surmenage scolaire a des inconvénients, mais on les exagère ; il existe surtout dans les pensionnats de jeunes filles. En résumé, l'hygiène de l'école, plus que l'excès de travail, doit attirer l'attention de l'Académie.

M. Armand Gauthier traite la question au point de vue pédagogique. Dans nos lycées, il y a moins de surmenage cérébral que d'ennui et d'étiolement physique et moral. Rien ne s'acquiert que par l'effort.

M. Féréol pense que tous les enfants dont on accuse le surmenage doivent être mis au nombre des prédisposés héréditaires. Il y a chez eux dégénérescence de la race ou hygiène défectueuse. « Le surmenage existe, c'est un fait individuel et volontaire, il ne faut pas l'élever à la hauteur d'une institution. »

M. Marc Sée ne croit pas au surmenage. — *M. Lacaze Duthiers* fait une dissertation pédagogigue et demande des baccalauréats spéciaux. — *M. Luys* dit que la tuberculose est rare chez les surmenés cérébraux (chez les paralytiques géné raux qui en sont des types). Les programmes ne doivent pas être diminués au point de vue de la somme du travail demandé,

©BIUM

les cerveaux des sujets de dix-huit à vingt ans équivalent presque à des cerveaux d'adultes. Il n'est pas convenable d'alléger les programmes, il faut penser à l'avenir et à l'intérêt des générations futures.

Le surmenage intellectuel intéresse vivement les aliénistes, c'est pourquoi j'ai cru devoir analyser un peu longuement la discussion à laquelle cette question a donné lieu au sein de l'Académie. Il ne me reste plus qu'à noter que l'Académie, en fin de compte, n'a pas voulu sortir de son domaine purement médical et qu'elle a écarté, dans ses conclusions, toutes les questions pédagogiques.

« Elle pense : 1° Que les collèges et lycées d'internes doivent être installés à la campagne. — 2° Que de larges espaces bien exposés doivent être réservés pour les récréations. — 3° Que les salles de classes doivent être améliorées au point de vue de l'éclairage et de l'aération.

Sans s'occuper des programmes d'étude dont elle désire d'ailleurs la simplification, l'Académie insiste particulièrement sur les points suivants :

1° Accroissement de la durée de sommeil pour les jeunes enfants. — 2° Pour tous les élèves, diminution du temps consacré aux études et aux classes et augmentation proportionnelle du temps des récréations et exercices. — 3° Nécessité impérieuse de soumettre tous les élèves à des exercices quotidiens d'entraînement physique proportionnés à leur âge..... »

2. — *Étude médico-légale sur le somnambulisme spontané et le somnambulisme provoqué;* par M. Mesnet (Séance du 15 mars 1887).

Cette communication a été publiée dans les *Annales médico-psychologiques*, numéro de mai 1887, p. 481.

3. — *Communication sur le traitement de la morphinomanie;* par MM. B. Ball et O. Jennings (Séance du 29 mars 1887).

Quand le morphimane est en état de besoin, quand il est privé depuis plus ou moins longtemps de sa piqûre habituelle, la courbe sphygmographique présente chez lui un plateau correspondant à la systole. — Si à ce moment il s'injecte de la morphine, quelques instants après la courbe a repris l'état normal, ou à peu près, le plateau a disparu.

Les auteurs surveillent la courbe sphygmographique et

©BIUM

quand le plateau apparaît, ils injectent du sulfate de spartéine, tonique puissant du cœur. La nitro-glycérine pourrait être substituée au sulfate de spartéine, on l'administrerait par la bouche, quelques goutes sur la langue.

Au bout de quelques semaines de ce traitement, le morphinomane ne souffre plus de la privation de son poison habituel.

4. — *Un accouchement dans l'état de somnambulisme provoqué;* par M. Mesnet (Séance du 12 juillet 1887).

Cette communication a été publiée dans les *Annales médico-psychologiques* (n° de novembre 1887, p. 428).

5. — *Communication sur l'affaire R. Seillière* (*internement et mise en liberté d'un aliéné*); par M. Ball (Séance du 16 août 1882).

Cette communication a été publiée dans les *Annales médico-psychologiques* (n° de septembre 1887, p. 332).

6. — *Du traitement des maux de tête* (*céphalées, migraines, névralgies faciales*) *par l'antipyrine;* par M. Germain Sée (Séance du 23 août 1887).

M. G. Sée rentre un peu dans la discussion, maintenant close, sur le surmenage scolaire. — Le surmenage scolaire est accusé, dit-il, de développer la turberculose, de donner naissance à la fièvre typhoïde et surtout de développer des céphalées. Mais la tuberculose est du domaine exclusif de la bactériologie, la fièvre typhoïde est le résultat probable de la transmission des bacilles d'Eberth. Reste la céphalée. Or, la céphalée s'observe chez les lycéens et aussi chez les élèves externes placés dans les meilleures conditions d'hygiène. S'il y a des céphalées de surmenage, il faut reconnaître qu'il y a surtout des céphalées de croissance (céphalées cardiaques, le cœur est hypertrophié, il a subi une croissance exagérée non parallèle à celle du corps; ou, au contraire, il ne s'est pas assez développé, ce qui arrive chez les jeunes enfants surmenés physiquement et intellectuellement). — Dans ces cas, il faut agir sur le cœur au moyen de médicaments spéciaux : caféine, iodures, etc...., mais il faut combattre l'élément douleur, et on y arrive facilement par l'antipyrine.

La migraine, qui, au point de vue pathogénique, diffère essentiellement des céphalées précédentes, est également justiciable de l'antipyrine.

©BIUM

7. — *De la sollicitation expérimentale des phénomènes émotifs chez les sujets en état d'hypnotisme ;* par J. Luys (Séance du 30 août 1887).

Parmi les différentes manifestations de l'activité mentale, il est un groupe spécial formé des phénomènes émotifs et dont l'ensemble constitue l'émotivité. Ces phénomènes sont caractérisés par la réaction fatale et automatique de notre *sensorium*, en présence d'une impression extérieure qui suscite l'ébranlement de ses réseaux. A l'état normal, les régions émotives, *motu proprio*, en dehors de la volonté, entrent en éréthisme.

Chez les hypnotisés, ces régions émotives sont susceptibles d'être isolées et sollicitées à part. Il devient donc possible de développer chez l'individu hypnotisé, sans qu'il s'en doute, les déportements divers de son émotivité, de faire apparaitre les émotions de la joie, du plaisir, de la colère, de la tristesse, etc., et cela au moyen des médicaments présentés à distance.

Relation des expériences. — Remarquer que les effets de réaction, caractéristiques pour chaque substance, sont arrêtés subitement aussitôt qu'on éloigne le tube contenant le médicament.

« On peut donc à l'aide de certaines substances qui agissent d'une façon purement physique, produire chez les hypnotisés des bouleversements profonds dans les grands rouages de la machine organique, suspendre les mouvements respiratoires, congestionner les centres nerveux, troubler l'innervation du cœur, provoquer ainsi des réactions d'une foudroyante intensité, en côtoyant ainsi expérimentalement les frontières de la vie, et si on n'y prend pas garde, si on s'attarde quelques instants, on pourrait encourir la responsabilité d'un cas d'homicide par imprudence. — La chose est possible. »

A la suite de cette communication, une commission de cinq membres est chargée d'examiner les faits rapportés par M. Luys.

8. — *Des lésions de la morphinomanie et de la présence de la morphine dans les viscères;* par MM. Ball (Séance du 18 octobre 1887).

M. Ball a également fait cette communication à la Société médico-psychologiques (V. *Annales médico-psychologiques*, n° de janvier 1888, p. 82).

L. Camuset.

©BIUM

JOURNAUX ITALIENS

Archivio di psichiatria, science penali e antropologia criminale.

ANNÉE 1885.

Identité de l'épilepsie, de la folie morale et de la criminalité de naissance; par le prof. Lombroso.

Pour M. Lombroso l'épilepsie, la folie morale et la criminalité de naissance ne constituent pas trois entités distinctes, mais trois formes d'une même maladie. D'après lui, on trouve chez l'épileptique, le fou moral et le criminel-né les mêmes particularités : taille élevée; coïncidence d'anomalies crâniennes et méningées ; faible capacité du crâne; type criminel formé par la réunion de plusieurs des caractères signalés dans mon analyse de *l' Uomo delinquente* (n° de janv. 1885, p. 156) ; sensibilité obtuse ; usage de la main gauche ; agilité surprenante ; réflexes tendineux et pupilles anormaux. A son avis, les caractères psychologiques sont aussi identiques. Dans ces trois classes d'individus on constate les mêmes inégalités d'intelligence, allant depuis le génie jusqu'à l'imbécillité; les mêmes impulsions irrésistibles ; les mêmes intermittences dans les crises; à peu près les mêmes troubles de la mémoire, quoiqu'ils soient plus communs et plus accentués dans l'épilepsie; la même température du corps; le même mode de tatouage, la même tendance à s'associer, le même état de l'émotivité. De plus ces trois formes se succèdent ou se combinent, et la statistique montre que les pays les plus riches en criminels sont aussi les plus riches en épileptiques ; aussi ces derniers sont-ils dans les prisons dix fois plus nombreux que parmi la population honnête. L'âge et l'étiologie confirmeraient l'opinion de l'auteur. Enfin, le savant professeur de Turin trouve un dernier argument dans la localisation du siège de l'épilepsie à la région corticale motrice, située dans le lobe antérieur qui préside aux facultés intellectuelles. La décharge épileptique se produirait dans cette partie du cerveau, soit sous forme motrice, soit soit sous forme psychique, soit sous forme criminelle. Cette dernière variété différerait pourtant de l'épileptique par une fréquence moindre de la microcéphalie et des os vormiens, une plus grande acuité visuelle, une augmentation moins considérable de la température après les crises, et une sensibilité plus

©BIUM

marquée aux variations thermiques de l'été et les épileptiques à celles de l'hiver, sauf pourtant les vertigineux. Au dire de M. Lombroso, au point de vue psychique il n'y a entre ces trois catégories d'individus que des différences de degrés. 56 photographies sont annexées à ce curieux et savant mémoire.

Épilepsie larvée ; folie morale ;
par les prof. Morselli et Lombroso.

Le malade, objet de ce mémoire, présentait au point de vue etiologique: herédité vésanique directe et collatérale, abus alcooliques, syphilis ; au point de vue somatique : analgésie, congestions faciles de la face, incontinence nocturne d'urine par intervalles, vertiges, courtes absences, inégalité dans les réflexes des deux moitiés du corps ; enfin, au point de vue pychsique : cruauté envers les animaux, accès intermittents et de plus en plus rapprochés de violente colère non motivée dans son intérieur, vis-à-vis de ses domestiques et surtout de sa femme que pourtant il adorait, léger affaiblissement intellectuel datant des derniers temps avec illusion de la mémoire, grande faiblesse de caractère, excessive poltronnerie. De cet ensemble de symptômes les deux professeurs de Turin concluent à une épilepsie larvée se manifestant sous forme de folie morale.

Le tatouage chez les aliénés ; par M. Alberto Severi.

M. Severi, sur 1206 femmes aliénées de la Toscane, n'a trouvé aucun tatouage et seulement 46 tatoués sur 1137 malades hommes, soit 4 °/₀ environ. De ces 46, 28 avaient été en prison, soit 60, 87 °/₀. Deux seulement furent tatoués à l'asile, l'un de sa propre main, l'autre par ses compagnons d'infortune, et 18 l'avaient été en prison. Quatre présentaient un rapport entre le délire et le tatouage, tous deux de nature religieuse ; mais les quatre malades étaient originaires de pays très dévots et très superstitieux; il avaient tous été tatoués en dehors des asiles, trois longtemps avant d'être malades, un au début de son affection mentale. Ces résultats confirment l'opinion de Lombroso, que le tatouage très rare chez les aliénés, est presque toujours, pour ne pas dire toujours, antérieur à la maladie mentale et indépendant du délire.

Contribution à l'étude de la microcéphalie ;
par le prof. Carlo Giacomini.

Dans ce mémoire, le prof. Giacomini donne en détails ses

©BIUM

recherches sur toutes les parties du système nerveux de trois microcéphales. Il en conclut que le microcéphale n'est pas, comme l'a dit Charles Vogt, un singe par le cerveau et le crâne, un homme par le reste du corps ; car la microcéphalie s'accompagne de micromyélie et aussi de différences notables dans la structure nerveuse, soit de l'encéphale, soit de la moelle, différences dont la nature et la portée ne sauraient être exactement fixées dans l'état actuel de la science, mais qui n'en sont pas moins très réelles.

Pensées sur la criminalité en Italie; par M. Tammeo.

M. Tammeo trouve la cause du nombre et de l'augmentation marqués des crimes en Italie dans la misère des classes pauvres et des gens de la campagne. Il ne croit pas à une action prépondérante de l'alcoolisme; car si l'Italie occupe le premier rang pour la criminalité, elle l'occupe aussi pour la sobriété, et les régions qui fournissent le plus de criminels sont celles qui boivent le moins. Il ne croit pas non plus à la diffusion de l'instruction comme remède au mal, dont l'origine est sociale. A l'État il appartiendrait d'améliorer la condition des classes inférieures.

Nouveaux problèmes de responsabilité pénale; par M. Pugliese.

A côté des suggestions hypnotiques, M. Pugliese indique, comme nouveaux problèmes de responsabilité pénale, les mille suggestions journalières de la vie qui peuvent agir lentement, il est vrai, sur l'homme, mais par leur persistance les pousser fatalement à un moment donné à une action déterminée. Tel est le cas dans le drame: *Othello.* L'auteur pose la question, en laissant à d'autres le soin de la résoudre.

Parricide commis par un imbécile ; par M. Aguglia.

Assassinat par un coup de hache commis par un garçon de dix-neuf ans, atteint d'imbécillité avec épilepsie nocturne probable, sur la personne de son père qui le maltraitait.

Sitiophobie paradoxale; par M. Cougnet.

Il s'agit d'un prêtre atteint de lypémanie religieuse avec refus d'aliments, qui, durant deux mois de sa maladie, s'alimenta lui-même à la sonde, refusant énergiquement de prendre même une gorgée d'eau en dehors des heures où il se faisait le cathété-

©BIUM

risme œsophagien .L'auteur croit que le malade, placé entre son besoin de nourriture et les voix qui lui interdisaient toute alimentation, avait trouvé ce moyen de tout concilier.

Du tribadisme dans les asiles d'aliénés; par le prof. Lombroso.

M. Lombroso croit la dépravation sexuelle plus fréquente et plus infâme chez la femme que chez l'homme, dans l'état de folie. Il appelle l'attention sur le tribadisme dont, à Pavie, il vit dix cas sur deux cents malades. Il suffit qu'une introduise ce vice pour que le mal fasse de rapides progrès. D'ordinaire ce sont les vieilles qui jouent le rôle d'homme. Tout ayant échoué, M. Lombroso recourut à la cautérisation du clitoris; mais il n'obtint que des résultats temporaires, car après six jours les pratiques recommençaient. Il croit que le meilleur remède serait l'expulsion immédiate de la malade qui introduit ces manœuvres obscènes.

Les procès de Pel et de Zerbini et la nouvelle école criminaliste; par le prof. Lombroso.

Le professeur Lombroso croit que la nouvelle école criminaliste, loin d'être nuisible à la défense sociale, peut, dans certains cas douteux, fournir des preuves en faveur de la culpabilité des accusés. Ainsi, chez Pel, les adeptes de la nouvelle école auraient trouvés les signes suivants de criminalité : oxycéphalie, nez disproportionné et difforme; tempérament apathique, impassible devant les plus terribles accusations; absence de sentiments affectifs vis-à-vis de la mère, de la femme, des maîtresses; névrosité et bizarrerie portées une fois jusqu'à la folie; mégalomanie persistante. Puis, comme caractères spéciaux aux empoisonneurs: connaissances supérieures, spécialement en chimie; érotisme exagéré; dissimulation; multiplicité des victimes; procédé toujours le même. Pour la Zerbini, accusée d'homicide et de vol consécutif: chevelure noire très abondante, yeux noirs, grosse bouche, visage un peu triangulaire zigomatiques très développés, microcéphalie frontale, enfin, vie de débauches, de vols, de mensonges et de calomnies.

De l'imprévoyance des meurtriers; par M. Ferri.

M. Ferri démontre, par des exemples nombreux et bien choisis, que contrairement à l'opinion du vulgaire et même de beaucoup de criminalistes, les homicides font preuve avant

©BIUM

pendant et après leurs crimes, d'une extrême imprévoyance. Elle aurait sa raison d'être, d'après l'auteur, dans un vice de l'association des idées par lequel la pensée de l'homicide n'éveillerait pas les idées antagonistes. Cette faiblesse de l'association des idées tiendrait à l'absence de sens moral et à l'infériorité intellectuelle.

Un filou ; par M. Tonnini.

Escroc de quarante-deux ans, gaucher, taille de 1 m. 68 c., barbe très-rare, cheveux noirs et frisés, avec calvitie au vertex, strabisme, regard faux, dolicocéphalie prononcée, prognathisme, nez camus, lèvre supérieure saillante, oreilles petites mais légèrement en anse, mains longues et sèches, pieds plats et grands, marche dandinante, odorat très développé, sinus frontaux saillants, front étroit, large ouverture des bras, épaules obliques par inégale hauteur. Cet homme, qui est abstème, a vécu vingt ans d'escroqueries, mais d'escroqueries opérées exclusivement pour ainsi dire sur des journaux qu'il revendait ensuite comme vieux papier. De tout temps il avait aimé la lecture de cette variété de publications. Son père avait été escroc.

Les épilepsies ; par M. Tonnini.

Dans ce mémoire basé sur cent vingt observations très détaillées, M. Tonnini décrit cinq variétés d'épilepsie : l'épilepsie sensorielle, dont l'accès est constitué par des hallucinations et des illusions terrifiantes et impératives ; l'épilepsie motrice pure, très rare, plus rare encore que la précédente, et qui n'a aucune action sur l'intellect ; l'épilepsie psychique, qui correspond à l'épilepsie larvée ; l'épilepsie mixte, qui peut être psycho-sensorielle psycho-motrice ou sensorio-motrice, selon l'association des manifestations ; enfin, l'épilepsie complète qui est la réunion des variétés précédentes. Pour M. Tonnini, l'épilepsie est d'origine corticale et les variétés décrites dépendent de la localisation et de l'extension de la lésion. Elles ont entre elles des analogies très grandes tirées des caractères anthropologiques : plagiocéphalie, asymétrie faciale, asymétrie des deux moitiés du corps, sensibilité diminuée et inégale des deux côtés, température tout aussi inégale, prédominance des phénomènes trophiques et vaso-moteurs d'un côté, etc.

©BIUM

Notes anatomiques et anthropologiques sur soixante crânes et quarante-deux encéphales de femmes criminelles en Italie; par MM. Varaglia et Silva.

MM. Varaglia et Silva concluent, comme suit, leurs intéressantes recherches : « Nous avons vu dans nos crânes de vrais caractères d'infériorité, spécialement dans la capacité crânienne diminuée, dans la capacité orbitaire augmentée, puis dans les nombreuses anomalies observées, parmi lesquelles les plus importantes seraient l'apophyse temporale du frontal et les os wormiens du sphénoïde, les irrégularités du trou occipital, le développement des attaches musculaires surtout au niveau de la ligne courbe occipitale, chose rare sur les crânes féminins, ainsi que le développement des arcades sourcilières. En plus de ces caractères, on retrouvait sur de nombreux crânes des traces évidentes d'atavisme ou de l'influence de races inférieures, et particulièrement la conservation des caractères anciens les moins beaux et la dégénérescence des caractères plus estimables. Tous ces signes militent en faveur d'un degré d'infériorité de nos crânes, sans parler des autres particularités qui découlent de notre travail, tels que l'exagération de l'asymétrie crânienne, l'épaisseur et la sclérose des os, la diminution de la circonférence horizontale, surtout à sa partie antérieure, la hauteur du crâne et de l'indice nasal. » Les auteurs remarquent, toutefois, que leur examen a porté sur des crânes de femmes issues, pour la plupart, des bas-fonds sociaux, que le crâne de ce sexe, toujours moins développé, conserve mieux les caractères saillants de la race d'origine, que les personnes de cette catégorie ont une existence misérable et ignoble qui influe sur leur développement intellectuel, moral et physique, enfin, qu'elles se livrent plus facilement aux étrangers, surtout sur le littoral et et dans les îles, d'où résulte la transmission aux enfants nés de ces unions, des caractères appartenant à d'autres peuples.

Dr E. Marandon de Montyel.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

La raison dans la folie. Étude pratique et médico-légale sur la persistance partielle de la raison chez les aliénés et sur leurs actes raisonnables ; par le Dr Victor Parant. 1 vol. in-8°, Paris 1888, O. Doin, édit.

Le titre de l'ouvrage que vient de publier le Dr Victor Parant peut, au premier abord, paraître paradoxal. La raison et la folie semblent deux termes qui s'excluent l'un l'autre ; mais l'épigraphe tiré de D'Aguesseau : « Un fou peut faire des actes de sagesse », indique l'esprit du livre, qui s'adresse non seulement aux médecins, mais aussi aux magistrats. Ceux qui consultent les traités publiés sur les maladies mentales lisent la description des altérations de l'intelligence; mais les aliénés conservent parfois, pendant longtemps, des aptitudes qui peuvent induire en erreur ceux qui ont une connaissance superficielle de la folie. Ces manifestations raisonnables des aliénés ont abusé l'opinion publique dans des cas où la folie était des mieux caractérisées, et leur étude a conduit le Dr Parant à faire un important et très intéressant travail de médecine légale sur les aliénés.

L'ouvrage est divisé en cinq chapitres.

Le premier chapitre est consacré à *la connaissance, ou l'intelligence chez les aliénés*. La conservation de la mémoire ne prouve pas la sanité d'esprit. La démence, même prononcée, n'empêche pas certains souvenirs ; dans les délires partiels on trouve l'intégrité de la mémoire, et dans la manie la mémoire peut être exaltée. Les aliénés sont occupés à des travaux très divers dans les asiles d'aliénés et ces travaux exigent un certain degré d'intelligence. On rencontre des aliénés peintres, musiciens. Baume a fait recevoir bachelier ès sciences un aliéné très délirant. On a organisé, dans les asiles, des écoles. Des aliénés sont susceptibles de jouer des comédies, de faire leur partie dans une fanfare, et peuvent faire illusion à des étrangers en soutenant une conversation très raisonnable. Ici se pose naturellement

©BIUM

l'examen de la valeur des interrogatoires que les magistrats font subir aux aliénés dans diverses circonstances. Un des défauts de ces interrogatoires consiste en ce que le magistrat pose des questions précises, qui tiennent le malade en éveil et l'empêchent souvent de s'abandonner à son délire. Les aliénés peuvent également écrire des lettres entièrement raisonnables dans leur forme. Les tribunaux ont à délibérer sur la validité de testaments, dont la forme paraît correcte et dont les auteurs sont des individus en état avéré d'aliénation mentale, ayant par là perdu leur libre arbitre. Quant aux manifestations de l'intelligence dans l'aspect des aliénés, rien de plus variable; un certain nombre de malades peuvent, par suite de leur éducation première, garder une tenue irréprochable, et conserver une physionomie intelligente. L'activité intellectuelle peut rester normale ou au contraire s'exagérer. Des aliénés sont devenus artistes, écrivains, orateurs, par le fait de la maladie, et l'auteur cite trois exemples remarquables de suractivité intellectuelle au début de la paralysie générale.

Le second chapitre a pour objet l'étude du *jugement et du discernement chez les aliénés*. Les aliénés sont, pour la plupart, capables d'apprécier tout ce qui contribue au bien-être de la vie; ils sont sensibles aux améliorations de leur régime, aux distractions qu'on leur fournit. Quelques-uns s'intéressent aux questions politiques, à la littérature et aux arts. Ils portent des appréciations sur le délire de leurs compagnons. Les infirmiers ont pour auxiliaires des aliénés qui rendent un compte fidèle de leur emploi. Peut-on aller jusqu'à admettre en justice le témoignage de ces malades? Le Dr Parant, s'appuyant sur l'opinion de Marcé et de Legrand du Saulle, répond par la négative. A son avis, le témoignage d'un aliéné ne peut être invoqué sans crainte qu'en matière de faits de la vie commune, et il déclare qu'il n'oserait se porter garant de la valeur du témoignage d'un aliéné en matière grave, alors même qu'on pourrait faire exactement la part du délire de cet aliéné. Néanmoins, on peut se servir d'un témoignage de cette nature à titre de renseignement. C'est ce qu'on fit, en 1823, dans un procès criminel relatif à un incendie dans l'hospice de Bicêtre. On ne fit point prêter serment aux aliénés interrogés.

La conscience de soi peut être conservée dans la folie. Le fait a été contesté; Spurzheim a écrit : « La folie est l'état d'un homme qui est incapable de distinguer le dérangement de ses opérations mentales, qui agit irrésistiblement, » et Baillarger

©BIUM

a dit : « La folie est une infortune qui s'ignore. » Or, certains aliénés sentent qu'ils deviennent malades, ou qu'il se produit en eux quelque chose d'extraordinaire. D'autres ont conscience de leurs actes sans savoir qu'ils ont agi sous l'influence du délire ; tels sont, par exemple, les hallucinés qui commettent un crime. D'autres ont conscience d'être dans un état anormal, sans comprendre que cet état est la folie. D'autres sentent qu'ils peuvent passer pour aliénés, mais ne croient pas l'être. Des aliénés conscients peuvent être dominés par des impulsions irrésistibles. Ici se pose la question du discernement du bien et du mal dans la folie. Or, il paraît incontestable que les aliénés sont capables, à divers degrés et dans des circonstances multiples, de discerner le bien du mal.

Le chapitre trois est consacrée à *l'esprit de conduite*. Le Dr Parant divise les actes d'aliénés en trois catégories : ceux qui sont accomplis sous l'influence d'une impulsion irrésistible ; ceux qui sont accomplis en dehors d'une impulsion proprement dite, mais sans que le malade ait conscience de ce qu'il fait; ceux enfin qui sont accomplis dans un but déterminé. Les motifs sont variables. Les aliénés incendiaires obéissent souvent à des idées de vengeance, souvent aussi à des motifs très futiles. Les attentats des aliénés contre les personnes sont dus, tantôt aux idées de vengeance, tantôt sont le résultat d'hallucinations, d'ordres que les aliénés croient avoir reçus. Les motifs de suicide sont très variés ; mais ce que le Dr Parant tient à mettre en lumière, c'est que ces actes sont motivés. Certains aliénés sont assez conscients pour demander à être protégés contre eux-mêmes, et des dispositions législatives sont proposées pour cette catégorie de malades. Parmi ceux qui sont atteints de folie avec conscience, on doit classer les *aliénés simulant* la folie, et ceux, au contraire, qui dissimulent leur délire. Ce chapitre se termine par l'étude de la préméditation chez les aliénés.

Dans le chapitre quatre est étudiée *la logique* des aliénés. La formation des idées délirantes est sous l'influence des troubles de la sensibilité générale (anesthésie, hyperesthésie, perversions diverses), et sous l'influence de troubles de la sensibilité spéciale (hallucinations et illusions des sens). De même les actes des aliénés sont la conséquence directe et logique des idées délirantes. Les aliénés migrateurs en sont un exemple. L'évolution des conceptions délirantes peut être sous l'influence d'un raisonnement logique. Telles sont les idées de

©BIUM

grandeur faisant suite aux idées de persécution suivant la doctrine de l'évolution du délire chronique.

Le cinquième chapitre est l'un des plus intéressants. Il a pour titre : « La persistance partielle de la raison dans la folie examinée au point de vue médico-légal. » L'auteur y traite les causes d'erreur dans l'appréciation de la folie, la compétence des médecins, les préjudices causés aux aliénés par les erreurs commises à leur sujet. Un excellent précepte est de comparer l'individu à ce qu'il était avant de présenter des symptômes morbides, en d'autres termes de comparer l'état actuel à l'état antérieur. Le Dr Parant examine ensuite quelle est la capacité civile, quand il y a persistance partielle de la raison. Il soutient l'opinion que, seuls, les actes de la vie civile, qui sont de pure forme, peuvent être admis comme valables. Enfin, il aborde la question de savoir si, dans les affaires criminelles, on doit admettre la doctrine de la responsabilité partielle quand on constate *la persistance partielle de la raison*. Il se prononce pour l'irresponsabilité complète des aliénés, en invoquant que la base principale de la doctrine de la responsabilité partielle est une fausse appréciation de l'état de raison chez les aliénés, et il montre les difficultés et les dangers de l'application de cette doctrine.

En résumé, l'ouvrage que vient de publier le Dr Parant est un bon livre, écrit avec méthode et dans un style clair. La critique qu'on pourrait faire est d'avoir multiplié les citations et d'avoir cherché outre mesure à s'appuyer sur l'opinion des auteurs, alors que la thèse soutenue était bonne en elle-même. Plus de cent trente auteurs sont cités, mais nous ne rencontrons qu'une érudition de bon aloi, et un soin méticuleux à indiquer les sources où les citations sont prises. On peut affirmer sans hésitation que médecins et magistrats tireront profit de la lecture de ce livre.

A. Giraud.

I. *Épilepsie*. — II. *Hémianesthésie*. — III. *Hémichorée*. — IV. *Hémiopie*. (Articles du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*); par M. le Dr Burlureaux. Broch. in-8°. Paris, 1887.

Ces monographies sont conçues dans un esprit progressiste par excellence. C'est là leur caractère original. Les sujets trai-

©BIUM

tés sont d'une importance différente ; mais qu'il décrive l'épilepsie ou l'hémicorée, l'auteur se montre toujours partisan des doctrines les plus modernes.

C'est ainsi qu'à maintes reprises, il revient sur cette idée que l'épilepsie dite essentielle a, comme l'épilepsie dite symptomatique ou sympathique, une raison d'être anatomique mais ignorée et qu'à mesure que la science progresse, le nombre des épilepsies essentielles diminue. — C'est ainsi encore qu'il englobe, dans un même groupe, l'épilepsie vulgaire, l'épilepsie toxique, l'épilepsie traumatique, les crises *épileptiformes*, l'éclampsie des enfants, etc... Bien entendu que ce vaste groupe nosologique comprend de nombreuses subdivisions, mais le fond morbide est le même dans tous les cas.

Voici la comparaison dont il se sert pour faire mieux comprendre sa pensée : Il y a, entre une épilepsie ancienne et incurable et une épilepsie alcoolique passagère, par exemple, la même différence qu'entre un eczéma généralisé, grave et chronique, capable d'empoisonner l'existence et même d'entraîner la mort, et une poussée légère et passagère d'eczéma localisé. Malgré les grandes différences cliniques et pronostiques qui les distinguent, les premiers cas sont des cas d'épilepsie et les seconds des cas d'eczéma.

Cette façon de comprendre l'épilepsie s'écarte énormément des doctrines anciennes, de celle de Lasègue en particulier ; elle est cependant très logique. Elle est basée sur la physiologie, sur l'observation et aussi sur la thérapeutique. Elle a surtout cet avantage précieux, au point de vue pratique, qu'elle conduit à ne pas considérer l'épilepsie comme une maladie spéciale incurable, mais, au contraire, comme une maladie ordinaire qu'on peut souvent améliorer et même guérir.

Pour ce qui est de la physiologie pathologique de l'épilepsie, M. Burlureaux se rallie à cette théorie basée sur l'exagération du pouvoir excito-moteur de la moelle et qu'il expose en quelques pages avec une grande clarté : « Quand il y a surexcitabilité du centre moteur (lequel comprend la double colonne de substance grise qui s'étend de la queue de cheval aux tubercules quadrijumeaux, y compris le bulbe et la protubérance qui en sont les parties essentielles), il peut se produire des décharges épileptiques. — La surexcitabilité de ce centre varie d'un sujet à l'autre par le fait de l'hérédité, d'un fonctionnement excessif... Elle peut être accrue par l'adultération du sang. — D'autre part, la surexcitation émanant des conducteurs centripètes se

©BIUM

rencontre dans une foule de cas ; mais les excitations parties de la périphérie de l'encéphale sont de tout point comparables à celles qui ont pour point de départ les dernières ramifications des nerfs sensitifs..... Elles agissent en fin de compte sur le bulbe qui répond par des manifestations convulsives plus ou moins généralisées. »

Tout est, du reste, très bien présenté dans les articles que j'analyse ; mais retenu sans doute par les exigences de la publication, M. Burlureaux a, à mon avis, fait trop court. Je ne dis pas qu'il ait été incomplet. Non, tout ce qui est important est dit nettement, mais avec trop peu de développement. L'épilepsie, personne n'en doute, tient une place considérable en pathologie nerveuse, en pathologie mentale, en médecine légale et en hygiène. Or, le *Dictionnaire encyclopédique* ne lui consacre que cent pages, alors que d'autres articles, traitant de sujets certainement moins importants, remplissent des demi-volumes entiers.

Ainsi, je trouve que la place réservée aux manifestations psychopathiques de l'épilepsie est peut-être insuffisante.

A propos justement des rapports qui existent entre l'épilepsie et la folie, je crois devoir aussi risquer quelques observations. L'auteur rattache à l'épilepsie ces perversions morales de toutes sortes qu'on observe chez certains débiles ou imbéciles. Legrand du Saulle déclarait ces sujets atteints d'*épilepsie diffuse*. Certainement ce regretté maître a une autorité incontestable, mais je ne pense pas cependant que beaucoup d'aliénistes partagent son avis sur ce point. Ces êtres méchants et malfaisants par nature sont des dégénérés, des débiles, des imbéciles, et quand en même temps ils sont épileptiques, ce qui est assez fréquent, ce n'est qu'affaire de coïncidence.

Il y a encore le passage où il est parlé des rapports de l'épilepsie et de la paralysie générale. L'auteur tend à établir que l'épilepsie est un facteur étiologique de la paralysie générale. Ce n'est pas le lieu de se livrer à une discussion à ce sujet ; mais je ne crois pas que les épileptiques deviennent plus souvent paralytiques que les autres hommes, et quand les accidents épileptiques surviennent avant la manifestation évidente de la paralysie générale, ils ne sont pas la cause de l'affection, mais bien un de ses symptômes précoces, un de ses signes précurseurs.

Ces remarques ont, du reste, bien peu de gravité. M. Burlureaux a, somme toute, très heureusement présenté l'état de la

©BIUM

science actuelle sur l'épilepsie et, s'il eût pu donner plus d'étendue à son œuvre, il eût produit une remarquable monographie de la grande névrose.

Je n'ai rien à dire des autres articles: *Hémianesthésie, Hémichorée, Hémiopie.* On y trouve les mêmes tendances modernistes que dans l'article *Épilepsie*. On en jugera par cette citation. Après avoir établi que l'hémianesthésie de cause cérébrale est produite par une lésion de nature quelconque, mais qui occupe un point fixe et nettement délimité du cerveau, le tiers postérieur de la capsule interne, l'auteur s'exprime ainsi : « Rien ne différencie l'anesthésie de cause cérébrale de l'anesthésie hystérique et ne peut renverser la théorie que l'école actuelle s'efforce d'établir et qui a pour but évident la suppression de toutes les maladies *sine materia.* »

En terminant je tiens à signaler aux lecteurs les chapitres qui renferment, avec le traitement de l'épilepsie, des considérations sociales et médico-légales sur les épileptiques. M. Burlureaux démontre la nécessité d'installer des asiles spéciaux pour les épileptiques. Mieux encore, il établit que, tant au point de vue humanitaire qu'au point de vue des intérêts de l'armée, on devrait créer un asile où tous les épileptiques de l'armée recevraient des soins compétents.

L. Camuset.

Les frontières de la folie, par le Dr A. Cullerre, membre correspondant de la Société médico-psychologique. 1 vol. in-18 de la *Bibliothèque scientifique contemporaine*. Paris 1888. J.-B. Baillière et fils, édit.

Le propre de M. Cullerre est de mettre à la portée de tout le monde ce qu'il écrit; c'est là ce qui a fait le succès de son ouvrage sur le magnétisme et qui fera celui du livre qu'il offre, aujourd'hui, au public. Cela dit, l'auteur voudra bien nous permettre une légère critique. Le titre de son ouvrage est-il bien choisi, le mot frontière ne laisse-t-il pas supposer que les malades dont parle M. Cullerre ne touchent à la pathologie mentale que par certains côtés; et ne va-t-il pas lui-même au devant d'un danger qu'il redoute, c'est-à-dire à la confusion des dégénérés héréditaires avec les criminels d'habitude ?

Dans les huit premiers chapitres, qu'il est difficile d'analyser en détail, M. Cullerre étudie les caractères de toute une

©BIUM

catégorie d'aliénés que l'on pourrait peut-être désigner sous une dénomination commune : les dégénérés héréditaires, que cette hérédité soit constitutionnelle ou acquise, et dans laquelle viennent se ranger les obsédés, les impulsifs, les excentriques les persécuteurs, les mystiques, les pervertis et les sexuels. Les nombreuses observations qui accompagnent chaque forme de délire rendent la lecture de cette partie du livre des plus intéressantes.

Le chapitre IX, en raison des problèmes de médecine légale qu'il soulève, demande quelques développements. M. Cullerre s'élève avec raison contre l'assimilation de l'aliéné héréditaire et du criminel-né, dont M. Lombrose a fait ressortir les caractères communs, tant au physique qu'au moral, et qu'il ramène à un type unique. « Malgré leur point de ressemblance, dit M. Cullerre, il y aura toujours une différence fondamentale entre eux, différence sur laquelle doit reposer tout entier le diagnostic : c'est que, si le criminel-né et l'aliéné héréditaire sont tous les deux des infirmes de l'intelligence, l'aliéné héréditaire seul est un malade. Ce sont ces caractères de maladie qu'il importe donc de rechercher avec soin et de mettre en lumière. Et pour cela, il faut remonter à l'origine même du sujet, consulter la santé physique et morale de ses ancêtres, explorer son enfance, suivre pas à pas tous les incidents pathologiques de son existence, interroger sa vie mentale jusqu'en ses plus petits détails, en relever les incidents, les modifications, les crises, rechercher les mobiles de sa conduite, en apprécier la nature, en un mot faire la biographie scientifique de l'individu, et ce n'est que d'après les documents fournis par cette laborieuse étude qu'il sera permis de se prononcer avec quelque assurance. »

M. Cullerre, se basant sur la solidarité des facultés intellectuelles, s'élève contre la responsabilité partielle dont Legrand du Saulle s'était fait le partisan convaincu. « Admettre, dit-il, une certaine responsabilité légale, en matière d'aliénation mentale, c'est commettre une hérésie scientifique et vouloir livrer à l'arbitraire et au hasard la vie et l'honneur des individus et des familles. D'ailleurs si l'on admettait la responsabilité partielle chez les alienés, à plus forte raison faudrait-il l'admettre chez les sains d'esprit. Car qui oserait dire qu'il n'y a pas, entre tous les hommes, d'innombrables degrés dans le libre arbitre; bien plus, que le même homme ne jouit pas d'une li-

©BIUM

berté variable suivant l'heure et les circonstances? » N'est-ce pas trop généraliser l'irresponsabilité absolue, et tous les dégénérés héréditaires doivent-ils être, dans tous les cas, considérés comme absolument irresponsables; n'en est-il pas qui présentent des intervalles pendant lesquels la raison paraît intacte? Nous pensons que pour ces malades, comme pour les épileptiques, il ne saurait y avoir une règle générale pour l'appréciation de l'acte commis.

Dans le dernier chapitre, M. Cullerre étudie le rôle de la folie dans l'histoire, l'association de la folie avec le talent et le génie, et, enfin, la psychologie morbide dans la littérature et l'art.

Dr Taguet.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Anatomische Untersuchungen über die menschlichen Rückenmarckswurzeln (Recherches anatomiques sur les racines rachidiennes); par le Dr Ernest Siemerling, assistant de la clinique psychiatrique de Berlin. Berling, Aug. Hirschwald, 1887. Broch. in-8° de 32 pages avec deux planches.

— Les dégustateurs en Gironde et l'alcoolisme professionnel; par le Dr Paul-Henri Moulinié. Thèse de Bordeaux, 1887. Broch. in-8° de 46 pages.

— La criminalité en Corse; par le Dr A. Bournet. Broch. in-8° (16 pages) de la *Bibliothèque d'anthropologie criminelle et des sciences pénales.* Lyon, A. Storck, édit. 1887.

— Di un caso di folia communicata. Folia a quattro (Un cas de folie communiquée. Folie à quatre); par le Dr Paul Funaioli médecin en chef du manicome de Sienne. Milan 1887. Broch. in-8° de 20 pages. Extrait de l'*Archivio italiano per le malatie nervose*, etc.

— Ueber paralysis agitans (Schuttellâhmung); par le Dr Ant. Heimann, médecin à Berlin. Broch. in 8° de 90 pages. Berlin, Aug. Hirschwald, 1888.

— Contributo alla localizzazione del senso dell' odorato (Contribution à la localisation du sens de l'odorat); par le Dr Luigi Frigerio, directeur du manicome d'Alexandrie. Milan 1888. Broch. in-8° de 7 pages. Extrait des *Annali universali di medicina.*

— Progressive Muskelatrophie (Atrophie musculaire progressive); par le professeur A. Pick, directeur de la clinique

©BIUM

psychiatrique de Prague. Broch. in-8° de 15 pages. Extrait de la *Real. Encyclopædie der Gesammten Heilkunde.*

— Ueber Magenblutungen in der progressiven paralyse (Des gastrorrhagies dans la paralysie générale); par le Dr Rigobert Pohl, assistant à la clinique psychiatrique de Prague. Broch. in-8° de 6 pages. Extrait de la *Prager Medic. Wochenschrift*, 1888, n° 13.

— Befund und gutachten über den der Brandlegung angeklagten L. Fr. 18 jähr. Wirthschaftsgehilfen aus M., der behufs Untersuchung seines Geisterzustandes aus 13... 188. auf die deutsche psychiatrische Klinik aufgenommen wurde (Consultation médico-légale sur l'état mental de L. Fr. accuse d'incendie); par le professeur A. Pick. Broch. in-8° de 11 pages Extrait de la *Prager Medic. Wochenschrift*, n° 50.

— Petit atlas photographique du système nerveux; par le Dr J. Luys, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital de la Charité. 1re partie : Le cerveau. 1 vol. petit in-8° cartonné de 108 pages de texte et 24 héliogravures. Paris. 1888. J. B. Baillière et fils, édit.

— Traité clinique des maladies mentales; par le Dr Schüle, médecin de l'asile d'Illenau (Grand Duché de Bade). Traduit de l'allemand sur la troisième édition par les Drs J. Dagonet et Duhamel, avec une préface de M. le Dr H. Dagonet, médecin de l'asile Sainte-Anne. Premier fasicule, 1 vol. in-8° de 220 pages, Paris, 1888. A Delahaye et Lecrosnier, éditeurs.

— De la température dans les accès isolés d'épilepsie; par Georges Lemoine, agrégé de la Faculté de Lille, médecin adjoint de l'asile de Bailleul. Broch. in-8° de 11 pages. Paris 1888. Aux bureaux du *Progrès médical* et chez A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeur.

— Des troubles moteurs post-épileptiques; par le Dr Aug. Charles Masson, ancien interne des hôpitaux de Lille, interne de l'asile d'aliénés de Bailleul. — Thèse de Lille, 1888, 1 vol. in-8° de 144 pages, Paris, O. Doin, éditeur.

— In causa di eccitamento alla corruzione. Osservazione clinica e relazione di perizia (Sur un procès d'excitation à la débauche. Observation clinique et médico-légale); par le professeur Enrico Morselli. Broch. in-8° de 15 pages. Extrait de la *Riforma medica.* Anno IV. Mars 1888.

— Philippe Pinel et son œuvre au point de vue de la médecine mentale; par le Dr René Semelaigne, ancien interne des hôpitaux et de la Salpêtrière. 1 vol. in-8° de 176 pages avec portrait et fac-simile d'écriture. Paris, 1888. Imprimeries réunies, 2, rue Mignon.

— La folie chez les enfants ;par le Dr Paul Moreau (de

©BIUM

Tours). 1 vol. in-18 (444 pages) de la *Bibliothèque scientifique contemporaine*. Paris 1888. J.-B. Baillière et fils.

— Dégénérescence et criminalité. Essai physiologique; par Ch. Féré, médecin de Bicêtre. 1 vol. in-18 (179 pages) de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris 1888, Félix Alcan, édit.

— La descendance des alcooliques; par le Dr F. Combemale, interne de l'asile d'aliénés de Montpellier. Thèse de Montpellier, 1888, broch. in-8° de 213 pages.

— Revista de nevrologica e psychiatria (Revue de neurologie et de psychiatrie), publiée sous la direction du Dr Bettencourt Rodrigues. 1re année. n° 1. — Janvier et mars 1888. — Broch. in-8° de 119 pages, Lisbonne, Henrique Zeferino, édit.

— De l'électrométrie et de l'électro-diagnostic à propos de la paralysie faciale de Ch. Bell; par Ricardo Jorge, professeur à l'école médico-chirurgicale de Porto (Portugal). Broch. in-8° de 93 pages. Porto 1888. Typographia occidental, et à Paris. Librairie médicale d'Otto Berthier, 104, boul. Saint-Germain.

— Fifth Report of the state Committee on Lunacy of the Commonwealth of Pennsylvania (Cinquième rapport de la commission des aliénés de l'État de Pensylvanie). 1 vol. in-8° de 208 avec tableau et cartes. Harrisburg, 1888.

— Procès criminel de la dernière sorcière brûlée à Genève le 6 avril 1652, publié d'après des documents inédits et originaux conservés aux Archives de Genève; par le Dr Ladame, visiteur honoraire de la maison cantonale des aliénés. 1 vol. in-8° (XII-52 pages) de la *Bibliothèque diabolique* (Collection Bourneville). Paris, 1888. Bureaux du *Progrès médical*, et A. Delahaye et Lecrosnier, édit.

— Les aliénés voyageurs. Essai médico-psychologique; par le Dr Philippe Tissié, sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Bordeaux. Thèse de Bordeaux, 1888. Broch. in-8° de 113 pages. O. Doin, édit.

— Les maladies de l'esprit. Délire des persécutions, délire des grandeurs, paralysie générale, épilepsie, dégénérescence, etc. Délires alcooliques et toxiques : morphinomanie, éthéromanie, absinthisme, chloralisme, etc. Etudes cliniques et médico-légales; par le Dr G. Pichon, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8° de 367 pages. Paris, 1888, O. Doin, édit.

— Manuel de métallothérapie et de métalloscopie appliqué au traitement des maladies nerveuses, au diabète et aux maladies épidémiques. Burquisme et magnétisme animal (grand et petit hypnotisme); par le Dr J. Moricourt, ex-interne des hôpitaux de Paris, 1888. Ad. Delahaye et Emile Lecrosnier.

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

— *Faculté de médecine de Paris :* Le concours du clinicat des maladies mentales s'est terminé par la nomination de M. le Dr Rouillard, comme chef de clinique, et de M. le Dr René Semelaigne, comme chef de clinique adjoint.

— *Arrêté du* 28 *juin* 1888 : M. Barroux, directeur de l'asile de Villejuif (Seine), est promu à la 2e classe de son grade (6,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1er juillet 1888.

— *Arrêté du* 30 *juin* 1888 : M. Caillau, directeur médecin en chef de l'asile de Fains (Marne), est nommé directeur médecin en chef de l'asile de Saint-Lizier (Ariège), en remplacement de M. le Dr Longeaud, décédé, et est maintenu à la 3e classe de son grade (5,000 fr.) ;

M. le Dr Bayle, ancien médecin en chef des asiles (en disponibilité), est nommé directeur médecin en chef de l'asile de Fains, et placé dans la 3e classe de son grade (5,000 fr.).

— *Arrêté du juillet* 1888 : M. Salvayre est nommé directeur de l'asile du Mans, en remplacement de M. le Dr Deswatines, et est placé dans la 2e classe de son grade (6,000 fr.).

LE SUICIDE EN FRANCE PENDANT L'ANNÉE 1886.

C'est uniquement dans la statistique criminelle que les médecins et les aliénistes peuvent trouver des indications détaillées sur les circonstances dans lesquelles se sont accomplis les suicides, dont le nombre s'accroît malheureusement sans interruption. Après avoir été, en moyenne annuelle, de 5,276 en 1871-1875 et de 6,259 en 1876-1880, il s'est élevé à 6,741 en 1881 ; à 7,213 en 1882 ; à 7,267 en 1883 ; à 7,572 en 1884 ; à 7,902 en 1885 et à 8,187 en 1886. Par rapport à la population, c'est pour l'année de ce compte, 21 suicides par 100,000 habitants ou un suicide pour 4,668 habitants. Le département de la Seine entre pour 18 0/0 dans le total : 1,454 ou 49 par 100,000 habitants.

Les femmes recourent moins souvent que les hommes au suicide ; 1,716 (21 0/0), au lieu de 6,471 (79 0/0). On sait que les deux sexes figurent dans les recensements en nombre à peu près égal.

La fréquence du suicide marche parallèlement avec l'âge.

Moins de seize ans, 62 ou 5 0/0.

©BIUM

Seize ans à vingt et un ans, 324 ou 5 0/0.
Vingt et un ans à vingt-cinq ans, 428 ou 5 0/0.
Vingt-cinq à trente ans, 591 ou 7 0/0.
Trente à quarante ans, 1,153 ou 14 0/0.
Quarante à cinquante ans, 1,433 ou 18 0/0.
Cinquante à soixante ans, 1,686 ou 21 0/0.
Soixante ans et plus, 2,295 ou 30 0/0.
Il a été impossible de fixer l'âge de 115 suicidés.

L'état civil de 280 individus n'a pu être établi ; les autres suicidés se classent ainsi : célibataires, 2,895 (37 0/0) ; mariés ayant des enfants, 2,446 (31 0/0) ; mariés sans enfants, 1,210 (15 0/0) ; veufs ayant des enfants, 880 (11 0/0), et veufs sans enfants, 476 (6 0/0).

Quant au domicile des suicidés, il résulte des enquêtes officieuses ou des instructions judiciaires qu'il était rural pour 4,233 (52 0/0) et urbain pour 3,838 (48 0/0) ; celui des 116 autres est resté inconnu. Pour reconnaître la prépondérance du nombre des suicides accomplis dans les villes, il suffit de se rappeler que la population urbaine ne constitue que le tiers à peine de la population de la France.

Les 8,187 suicidés se groupent ainsi eu égard à leur profession :

Attachés à l'agriculture, 2,621, soit 32 0/0.
Ouvriers d'industrie, 2,358, soit 29 0/0.
Commerçants, fabricants, 1,030, soit 13 0/0.
Propriétaires, rentiers ou professions libérales, 985, soit 12 0/0.
Domestiques, 514, soit 6 0/0.
Sans profession connue, 679, soit 8 0/0.

Mais les résultats généraux du dénombrement de 1886 n'ayant pas encore été publiés, il est impossible de déterminer dans quelle proportion chacune de ces classes de la population attente à sa propre vie.

Les suicides sont toujours plus nombreux au printemps (31 0/0) et en été (26 0/0) qu'en hiver (22 0/0) et en automne (21 0/0).

Comme toujours aussi, c'est la pendaison qui est le genre de mort le plus fréquemment mis en œuvre : 3,471 suicides (42 0/0) ; ensuite, viennent la submersion, 2,263 (28 0/0) ; l'usage d'une arme à feu, 1,084 (13 0/0) ; l'asphyxie par le charbon, 632 (8 0/0) ; la chute volontaire d'un lieu élevé, 217 (3 0/0) ; le poison, 200 (2 0/0) ; l'emploi d'un instrument aigu ou tranchant, 183 (2 0/0) ; et tout autre moyen, 137 (2 0/0).

Quant aux causes présumées des suicides, telles qu'elles ressortent des enquêtes auxquelles il a été procédé, on peut les diviser en huit groupes principaux : misère et revers de fortune,

©BIUM

1,104 (15 0/0); chagrins de famille, 1,133 (15 0/0); amour contrarié, jalousie, débauche, 301 (4 0/0); accès d'ivresse et ivrognerie habituelle, 949 (12 0/0); désir de se soustraire à des poursuites judiciaires, 269 (3 0/0); souffrances physiques, 1,332 (18 0/0), contrariétés diverses, 365 (5 0/0); enfin, maladies cérébrales, 2,090 (28 0/0); motifs inconnus, 644.

C'est aux moralistes et aux aliénistes qu'il appartient de rechercher et de caractériser la véritable signification des données de la statistique criminelle relative au suicide. (*La Semaine médicale*, n° du 16 mai 1888.)

PROCÈS EN VIOLATION DU SECRET PROFESSIONNEL. CONDAMNATION D'UN MÉDECIN ALIÉNISTE (*suite*).

Les *Annales médico-psychologiques* publiaient dans le numéro de mai 1888 (p. 520) un compte rendu de ce procès, emprunté aux journaux politiques. Une phrase de ce compte rendu pouvant faire supposer qu'il s'agissait, outre la violation du secret médical, d'une affaire de séquestration arbitraire, M. le Dr R... nous envoie une lettre de rectification que nous nous empressons d'insérer. S'il y a eu quelque erreur de notre part, nous sommes heureux de l'occasion que nous donnons à notre confrère de fournir quelques explications personnelles sur une affaire qui a ému l'opinion publique et préoccupé, non sans raison, tous les médecins aliénistes.

Monsieur et honoré confrère,

Vous avez reproduit dans le dernier numéro des *Annales* un article me concernant relatif à un procès en violation de secret professionnel; plusieurs allégations fausses s'y rencontrent; veuillez me permettre de les rectifier.

D'après cet article, il semblerait que je fusse coupable non seulement de violation de secret professionnel, mais encore de séquestration arbitraire : « Mme X..., est-il dit, fut soumise à « l'examen de trois spécialistes, conformément à une ordon- « nance du tribunal de Dôle; ces trois médecins déclarèrent « dans leur rapport que Mme X... ne devait pas être réintégrée « dans la maison de santé du Dr R..., son état ne présentant « aucun danger pour la société. »

Or cette malade, qui était entrée chez moi par transfert d'un asile départemental avec le certificat habituel concluant à la nécessité de l'internement, fut en effet soumise à l'examen de de trois médecins; leurs conclusions furent les suivantes : « Mme X... est atteinte de manie raisonnante; elle est dange- « reuse pour son mari; actuellement elle ne l'est pas pour « d'autres personnes, mais si elle est laissée en liberté, elle doit « être surveillée. » Au vu de ce rapport, le tribunal de Dôle

©BIUM

rejeta la requête de Mme X... concernant sa mise en liberté. — Différence complète par conséquent.

Mon mémoire fut publié deux mois avant la déposition du rapport de mes confrères, et non pour leur répondre, comme il est dit dans l'article, mais pour me disculper de l'accusation de séquestration arbitraire que la malade portait contre son mari et contre moi. Si Mme X... était trop clairement désignée et si j'ai dû subir une dure loi, *sed lex*, mon excuse est dans ce fait que le secret était connu de tout le monde, la malade remuant ciel et terre pour prouver qu'elle n'était pas malade et son cas mental faisant autant de bruit dans notre province qu'à Paris celui du baron Sellières, dont toutes les particularités de la maladie étaient relatées par les journaux politiques et autres dans ce même moment; de plus, ayant l'autorisation du mari de publier ce mémoire qui ne fut envoyé qu'à des médecins et à des magistrats, je crus à tort que ce n'était plus là un cas de secret professionnel.

Veuillez agréer, monsieur et honoré confrère, etc. Dr R...

LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME EN ALLEMAGNE.

On lit dans le *Journal des Débats* (n° du mardi 17 juillet 1888) :

« Le congrès des jurisconsultes allemands, qui va se réunir sera saisi d'une proposition fort curieuse relative à la lutte, contre l'alcoolisme. Il s'agira de demander au législateur de prononcer l'incapacité juridique et la tutelle des individus qui se livrent habituellement à la boisson.

« Le projet qui sera soumis à l'assemblée porte que la tutelle pourra être prononcée pour déraison ou gaspillage de la fortune. Le gaspillage résulterait du seul fait que l'individu, pour satisfaire son vice, néglige ses affaires ou se livre à des dépenses exagérées. Le congrès des juristes a soumis d'avance ce projet à des jurisconsultes éminents, lesquels y ont donné leur entière adhésion. L'un d'eux est même d'avis que la tutelle devrait impliquer une restriction non seulement des droits relatifs à l'administration de la fortune, mais encore les droits relatifs à la famille. Un projet dans ce sens a déjà été proposé au Reichstag dans la dernière session, mais il a été ajourné sur l'observation d'un membre du Conseil fédéral, constatant que l'administration s'occupait de la question. Il est donc probable que celle-ci, après le congrès des juristes, recevra une solution législative. »

LA VISION DE CHARLES XI.

Nous croyons devoir reproduire intégralement l'intéressant article suivant que nous empruntons au *Journal des Débats*

©BIUM

(numéro du samedi 3 mars 1888). Il contient un document historique du plus haut intérêt, qui, si son authenticité était prouvée, nous donnerait l'observation la plus curieuse d'hallucination collective que la science possède :

« On connaît la Nouvelle de Mérimée qui porte ce titre, le récit d'une vision prophétique qu'aurait eue le roi Charles XI, de Suède, sur la destinée de son cinquième successeur, Gustave III, de la maison Holstein-Gottorg, assassiné en 1712 par Ankarstrœm. Cette vision, ce rêve ou cette hallucination, comme on voudra l'appeler, semble être admise par les historiens suédois comme un fait réel, et Mérimée ne dit rien que d'exact quand il raconte que Charles XI en fit mettre le compte rendu par écrit dans la forme la plus solennelle et fit signer ce singulier document par les personnes qui avaient été témoins comme lui de la fantasmagorie qu'il prétend avoir aperçue. Cette pièce existe ; elle a été publiée récemment par un journal allemand d'après un ouvrage de Carlson, consacré aux rois de Suède de la maison palatine. On trouvera quelque intérêt à en lire cette attestation et à connaître ainsi le récit le plus authentique et le mieux garanti qui soit, peut-être, d'un fait absolument surnaturel ; voici le texte :

« Moi, Charles XI, roi de Suède, dans la nuit du 16 au 17 septembre 1676, je fus tourmenté plus que de coutume par ma maladie mélancolique. Je me réveillai à onze heures et demie, quand, ayant dirigé les yeux par hasard vers ma fenêtre, je m'aperçus qu'il faisait une grande lumière dans la salle des Etats. Je dis au chancelier Bjelke qui se trouvait dans ma chambre : « Qu'est-ce que cette lumière dans la salle des Etats? » Je crois qu'il y a du feu. » Mais il me répondit : « Oh! non, » sire, c'est l'éclat de la lune qui brille contre les vitres. » Je fus content de cette réponse et me retournai contre le mur pour prendre quelque repos, mais il y avait une grande inquiétude en moi, je me retournai de nouveau et j'aperçus encore l'éclat des vitres. Je dis alors : « Il ne se peut pas que cela soit » dans l'ordre. » Mon bien-aimé chancelier reprit : « Oui, ce » n'est pas autre chose que la lune. » Au même moment entra le conseiller Bjelke, pour me demander comment j'allais. Je demandai à cet excellent homme s'il avait connaissance que quelque malheur ou un incendie se fût produit dans la salle des Etats. Il me répondit, après s'être tu un instant : « Mon » Dieu, merci, ce n'est rien, c'est seulement le clair de lune » qui fait qu'on pourrait croire qu'il y a de la lumière dans la » salle des Etats. » Je me tranquillisai un peu, mais comme je regardai de nouveau du côté de la salle, il me parut qu'il y avait là des gens. Je me levai, je mis une robe de chambre, j'ouvris la fenêtre et je vis alors qu'il y avait dans la salle des

©BIUM

Etats une quantité de lumières. Je dis alors : « Bons seigneurs, » cela n'est pas dans l'ordre. Vous savez que celui qui craint » Dieu ne doit rien craindre d'autre au monde ; je veux donc » aller là-bas, pour savoir ce que ce peut être. »

« J'ordonnai donc aux assistants de descendre chez le vaguemestre pour lui dire de monter avec les clefs. Quand il fut venu, j'allai vers le passage secret qui est au-dessus de ma chambre, à droite de la chambre à coucher de Gustave Ericson. Quand nous y fûmes, je dis au vaguemestre d'ouvrir la porte ; mais, par crainte, il me pria de lui faire la grâce de l'épargner. Je priai alors le chancelier, mais lui aussi me donna un refus. Je priai alors le conseiller Oscenstierno, qui jamais n'eut peur de rien, d'ouvrir cette porte, mais il me répondit : « J'ai, une fois, » juré d'exposer pour Votre Majesté mon corps et mon sang, » mais non d'ouvrir cette porte. » Alors je commençai moi-même à me sentir confondu ; mais reprenant courage, je pris les clefs, j'ouvris la porte et trouvai que tout, dans le passage, était tendu de noir, même le parquet. Moi et toute la compagnie, nous étions tout tremblants. Nous allâmes vers la porte des Etats. J'ordonnai de nouveau au vaguemestre d'ouvrir la porte, mais il me pria de lui faire la grâce de l'épargner ; je priai alors les autres personnes qui m'accompagnaient, mais ils me demandèrent la faveur de ne pas faire ce que je voulais. Je pris donc les clefs et ouvris la porte et quand j'eus avancé le pied, je le retirai aussitôt en grande confusion. J'hésitai un instant, puis je dis : « Bons seigneurs, si vous voulez me suivre, » nous verrons ce qui se passe ici ; peut-être que le bon Dieu » veut nous révéler quelque chose. » Il me répondirent tous à voix tremblante : « Oui, » et nous entrâmes.

« Nous vîmes une grande table autour de laquelle étaient assis seize hommes d'âge mûr et d'aspect digne qui avaient devant eux chacun un grand livre et, au milieu d'eux, un jeune roi de seize, dix-sept ou dix-huit ans, la couronne sur la tête et le sceptre à la main. A sa droite était assis un seigneur de haute taille et de belle mine qui pouvait avoir quarante ans ; son visage respirait l'honnêteté et il avait à son côté un homme de soixante-dix ans. Je remarquai que le jeune roi secoua plusieurs fois la tête, tandis que les hommes qui l'entouraient frappaient de la main sur les grands livres qui étaient devant eux. Je détournai mes yeux et je vis alors, près de la table, des billots et des bourreaux qui, les manches retroussées, coupaient une tête après l'autre, si bien que le sang commença à couler sur le plancher. Dieu m'est témoin que j'eus plus que peur. Je regardai à mes pantoufles, si le sang venait jusque-là, mais il n'en était rien. Ceux qu'on décapitait étaient pour la plupart de jeunes gentilshommes. Je détournai mes

©BIUM

yeux et je vis dans un coin un trône qui était presque renversé, et à côté se tenait un homme qui paraissait être le régent ; il était âgé d'environ quarante ans. Je tremblais et je frissonnais en me retirant vers la porte et je criai : « Quelle est la voix » du Seigneur que je dois entendre ? O Dieu, quand tout cela » doit-il arriver. » Il ne me fut pas répondu, mais le jeune roi secoua plusieurs fois la tête, tandis que les hommes qui l'entouraient frappaient plus durement sur leurs livres. Je criai encore plus fort : « O Dieu, quand cela doit-il arriver ; fais » nous, ô Dieu ! la grâce de nous dire comment il faudra alors » nous comporter. » Alors le jeune roi me répondit : « Cela » ne doit pas arriver de ton temps, mais au temps du sixième » souverain depuis ton règne, et il sera de l'âge et de la figure » que tu me vois, et celui qui est là montre comment sera son » tuteur ; et le trône sera près d'être ébranlé dans les der- » nières années de sa tutelle par quelques jeunes nobles ; mais » alors le tuteur, qui précédemment avait persécuté le jeune » roi, prendra sa tâche au sérieux ; il raffermira le trône, si » bien qu'il n'y aura jamais eu de plus grand roi en Suède que » celui-ci, et qu'il n'y en aura pas non plus de plus grands » après, et que le peuple suédois sera heureux sous son sceptre ; » et ce roi atteindra un âge extraordinaire, il laissera le » royaume sans dettes et plusieurs millions dans le trésor. Mais » avant qu'il se soit affermi sur le trône, il y aura des ruis- » seaux de sang répandus, comme jamais auparavant en Suède, » et jamais après. Laisse-lui, comme roi de Suède, de bons » avis. »

« Quand il eut dit cela, tout disparut et il n'y eut plus que nous dans la salle avec nos lumières. Nous nous retirâmes dans le plus profond étonnement, comme tout le monde peut l'imaginer, et lorsque nous repassâmes par la chambre garnie de noir, cela aussi était parti et tout se trouvait dans l'ordre habituel. Nous retournâmes dans ma chambre, et aussitôt je m'assis pour consigner par écrit cet avertissement aussi bien que je le pus. Et tout ceci est vrai. Je l'affirme de mon serment aussi vrai que Dieu me soit en aide.

» CHARLES XI,

» Roi actuel de Suède. »

« Comme témoins présents sur les lieux, nous avons tout vu comme Sa Majesté l'a écrit, et nous confirmons son récit de notre serment, aussi vrai que Dieu nous soit en aide : Charles Bjelke, chancelier ; N. W. Bjelke, conseiller ; A. Oscenstierna, conseiller ; Pierre Grauslen, vice-vaguemestre. »

Tel est le récit de la fameuse vision de Charles XI. Si ce récit est inventé, il n'a pu l'être que du temps de Gustave IV

©BIUM

et de Charles XIII, et alors l'imposture ne doit pas être difficile à découvrir. S'il date, au contraire, du temps de Charles XI, si ces signatures sont authentiques, ce document est fort étrange et constitue l'attestation la plus formelle qu'on puisse désirer d'un véritable miracle accompagné d'une prophétie, de l'apparition de nombreux fantômes ; ce serait là le fait surnaturel dûment constaté que M. Renan réclame dans ses *Dialogues* pour renoncer à sa croyance dans la fixité des lois de l'univers. Les historiens suédois ne paraissent pas se douter de toute l'importance de l'étrange relation qu'ils publient. Ce serait donc à la Société psychologique de Londres de s'en occuper, qui a consacré déjà plusieurs volumes à recueillir des témoignages sur l'existence des spectres, des pressentiments et de la seconde vue. »

SUICIDE D'UN PERSÉCUTÉ.

On lit dans le *Temps* (n° du dimanche 22 avril 1888) :

Un ancien secrétaire de M. Francisque Sarcey, M. Debry, a tenté de se suicider hier matin. Nous laissons la parole à notre collaborateur qui a fait de ce tragique événement le récit qu'on va lire :

« J'ai eu dans le temps pour secrétaire un garçon que je préfère ne pas nommer, bien que le tout Paris des théâtres l'ait connu chez moi. Il m'avait été recommandé par Gondinet, à qui il avait apporté quelques manuscrits de pièces. Gondinet y avait trouvé, à travers de nombreuses inexpériences, beaucoup de force comique. Il était trop occupé alors pour l'aider de sa collaboration. Il me priait de lire un de ses vaudevilles.

Je le fis et fus enchanté. Ce garçon avait le don ; son dialogue pétillait de mots drôles. Ses écrits faisaient un contraste parfait avec sa personne : il était maigre, pâle, des yeux ronds et mornes, un air d'ennui et de souffrance répandu sur toute sa personne.

Il me conta son histoire. Il était employé à la Ville et gagnait douze cents francs à une besogne ingrate, qui ne lui laissait aucune liberté d'esprit.

— Ecoutez, lui dis-je, la place de secrétaire est pour le moment vacante chez moi. Je vous la donne. Un secrétaire n'a, chez moi, d'autre travail que de ranger les volumes qui m'arrivent et de distribuer aux personnes qui viennent puiser dans ma bibliothèque les livres dont elles ont besoin. Je ne sais pas, pour mon ouvrage, me servir de secrétaire ; je fais tout par moi-même. Vous aurez donc à vous tout votre temps ; vous déjeunerez avec moi : ce sera votre grosse besogne. Je vous présenterai à tout le monde des théâtres qui vient chez moi. Quant à vos appointements, je vous les servirai. Est-ce dit?

©BIUM

Il fit quelques difficultés et accepta.

Il me lisait ses pièces, car il écrivait beaucoup. Elles m'impatientaient quelquefois, parce qu'il n'apprenait pas le métier. Elles allaient toujours de guingois ; avec cela, un feu de dialogue qui m'amusait extrêmement.

Je le mis en rapport avec Busnach, qui voulut bien collaborer avec lui ; parmi les vaudevilles qu'il me soumit, il y en eût un dont l'idée première était charmante. Je l'envoyai à Gondinet avec un mot. Gondinet prit connaissance du manuscrit, qui, en l'état, n'était pas jouable. Mais il trouva, en effet, la donnée très plaisante. Il écrivit de compte à demi avec ce jeune homme un vaudeville en trois actes qui fut reçu par le Palais-Royal et monté rapidement.

C'était le premier sourire de la fortune. Il ne dérida pas le mélancolique et morose garçon. J'étais toujours surpris, causant tous les matins avec lui, de le voir si aigri contre la destinée. Il répandait sur toutes choses le noir dont son imagination était pleine.

A ma table où l'on reçoit beaucoup de monde, du monde gai et qui ne se plaît qu'à blaguer et à rire, on le taquinait sur sa tristesse persistante ; c'était toujours avec bienveillance et par manière d'amusement. Mais il avait un orgueil souffrant toujours prêt à se révolter ; il était d'une extraordinaire susceptibilité que je pansais de mon mieux. Au reste j'avais donné le mot aux habitués de la maison, qui se gardaient de froisser cette sensibilité trop vive. Quelques-uns mêmes avaient pour lui les ménagements et les attentions dont les femmes seules sont capables. Rien n'y faisait ; il se roulait en boule comme un hérisson.

Le vaudeville où Gondinet avait mis la main ne réussit point. Ce fut même un des plus mémorables fours du Palais-Royal. Gondinet m'écrivit à ce propos une lettre charmante où il s'accusait gentiment d'avoir, de la meilleure foi du monde, gâché une idée très comique. La lettre, bien qu'elle me fût adressée, était bien plutôt pour son collaborateur dont il savait l'irritabilité maladive. Je la mis sous les yeux de mon secrétaire. Elle ne le consola point. Il commençait à croire à une conjuration des auteurs et des journalistes secrètement ligués pour le perdre. Il était devenu horriblement nerveux et sombre.

Cet échec n'avait pas contribué à lui ouvrir les portes du théâtre. Au reste, il se méfiait, ne lâchait plus ses manuscrits, ou, quand il les remettait à un collaborateur, le soupçonnait toujours de lui vouloir voler ses idées et ses mots. Je ne venais pas à bout, avec tout mon bon sens, de calmer ses inquiétudes ; avec toute ma gaieté, d'éclaircir ce chagrin.

©BIUM

Sa tristesse redoubla. Un jour il vint à moi et me dit d'un ton vexé et fier qu'il voyait bien que je n'avais aucun besoin de lui, qu'il ne me rendait aucun service, qu'il n'entendait être aux crochets de personne, qu'il aimait mieux rentrer dans l'administration, qu'il me priait de m'entremettre pour obtenir sa réintégration dans les cadres de la Ville.

Je fus stupéfait de la proposition et encore plus du ton dont elle était faite. Je lui promis de m'en occuper, lui conseillant, car il voulait partir tout de suite, de rester chez moi jusqu'à ce qu'il fût replacé. Il me refusa :

— Je ne veux pas, me disait-il, d'un argent que je ne gagne pas.

— Eh bien, lui dis-je, partez, puisque vous le voulez ; mais je vous donne trois mois pour changer d'avis. La place restera libre, à votre disposition. Passé ce terme, je vous donnerai un successeur. Je vais écrire au préfet de la Seine pour qu'il vous reprenne dans ses bureaux.

Il s'en alla, et je ne le revis plus que de loin en loin. Il avait, en effet, retrouvé un poste ; mais il avait fallu attendre une vacance ; ses maigres ressources étaient épuisées ; peu de portes lui étaient ouvertes ; il avait frappé deux ou trois fois à la mienne, et je n'avais pu m'empêcher d'admirer cette étonnante inconséquence d'un homme qui refusait par fierté le salaire d'un travail qu'il prétendait n'avoir pas fait, et qui venait, sous forme d'emprunt, demander la même somme qu'il ne rendrait jamais.

Je le perdis enfin de vue ; je le croyais, sinon heureux, un homme de ce caractère ne pouvant pas l'être, au moins tranquille dans un petit coin, après tant d'orages.

Hier soir, je venais de rentrer chez moi, après la représentation des Bouffes. Il était minuit vingt. J'allais monter me coucher, lorsqu'on sonna violemment à ma porte. C'est une fumisterie que se permettent assez souvent les passants attardés ; je n'y prends pas garde. On resonne à deux reprises. J'ouvre le guichet, l'heure étant insolite :

— Vous me reconnaissez? demande une voix du dehors.

— Comment ! c'est vous ! dis-je, à cette heure ! Qu'y a-t-il?

— Ouvrez-moi !

J'ouvre ; il entre. Il était horriblement pâle ; ses yeux avaient ce brillant particulier que je connais bien, ayant affaire assez souvent dans mon cabinet à des aliénés.

— Qu'y a-t-il?

— Je suis empoisonné ; vous voyez un homme empoisonné. Ils me poursuivent, ils veulent me tuer. Sauvez-moi ; je viens de chez Busnach ; il n'était pas chez lui. Je suis venu vous demander asile pour une nuit. Chez vous, ils n'oseront pas...

©BIUM

Au bruit, on s'était éveillé dans la maison; on était descendu ; on me faisait signe de refuser. Je n'en avais que trop envie; car j'ai une frayeur irraisonnée et invincible des fous. Mais je voyais ce garçon si exalté, que j'eus peur, si je le renvoyais, qu'il n'allât se jeter à l'eau ou dans une bouche d'égout. Je me le serais reproché toute ma vie.

— Allons, lui dis-je, calmez-vous. Ici vous n'avez rien à craindre ; je vous protégerai.

Il demanda à boire.

— Voulez-vous un grog?

Il me regarda d'un air méfiant.

— Non, de l'eau ; de l'eau pure.

On lui apporta un verre d'eau, dont il but une gorgée :

— Elle a le même goût, dit-il. Est-ce que vous aussi?...

— Allons! montez vous coucher. Vous connaissez la chambre rouge? Je vais vous y installer.

Il me suivit, sombre et marmottant tout bas des paroles incohérentes. Je ne lui laissai qu'un bout de bougie; car je craignais qu'il ne mît le feu. Je lui indiquai le lit.

— Je ne me coucherai pas... ils viendraient... Il faut que je reste habillé.

Je délibérai si je l'enfermerais sous clef; mais s'il lui prenait un accès, il n'aurait plus de ressource que la fenêtre. Je roulai contre les deux portes deux meubles très lourds, dont la chute m'avertirait, s'il sortait de la chambre.

Je ne pus fermer l'œil de la nuit. Je l'entendais qui marchait à grands pas et remuait les chaises. Je vous avouerai que je vis arriver le jour avec un certain soulagement : le jour, en général, calme ces inquiétudes.

A six heures et demie, j'allai ôter les meubles qui barraient les portes, et j'entrai : il ne s'était pas couché; il était vert; toujours les mêmes yeux.

— Voulez-vous qu'on vous monte à déjeuner? lui dis-je. Voulez-vous du café, du chocolat?

— Non, un verre d'eau rougie.

Je donnai ordre qu'on lui montât ce qu'il demandait. La domestique tremblait comme la feuille. Il but avec avidité, se plaignant toujours du goût amer qu'il trouvait à la boisson.

— Au reste, ajouta-t-il, ce n'est pas étonnant; ils ont sifflé toute la nuit.

Je faisais rapidement ma toilette, comptant l'emmener, sous un prétexte quelconque, chez le commissaire de police, quand la domestique arriva éperdue, le visage bouleversé.

— Qu'y a-t-il, mon Dieu?

— Il s'est jeté par la fenêtre. Il est en bas, les deux jambes cassées.

©BIUM

J'y courus. Il y avait déjà plus de trente personnes devant ma porte, qui commentaient l'événement. Je m'approchai de lui :

— Qu'avez-vous fait là ? m'écriai-je.

Il me jeta un coup d'œil douloureux :

— Je ne vous avais pourtant rien fait de mal, monsieur Sarcey, me dit-il ; pourquoi vous êtes-vous associé à mes ennemis ? Pourquoi m'avez-vous jeté par la fenêtre ?

Heureusement que j'habite le quartier depuis vingt ans ; car cela fut dit d'un ton si navré et si vrai que les braves gens qui faisaient cercle auraient pu s'y tromper.

Vous pensez si tout le monde était en l'air dans la maison ! Le malheureux est en ce moment à l'hôpital. Encore un que le détraquage particulier à ce temps d'ambitions malsaines aura mené à la folie. »

Des nouvelles que nous avons fait prendre il résulte que l'état de M. Debry est aussi satisfaisant que possible. On n'a constaté sur son corps aucune fracture et l'épanchement au cerveau qui s'est produit ne met point ses jours en danger.

Pour les articles non signés : ANT. RITTI.

Paris. — Impr. G. Rougier et Cie, rue Cassette, 1.

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

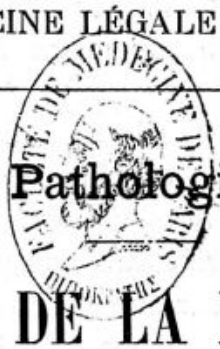
JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Pathologie.

FOLIE DE LA PUBERTÉ

LEÇONS CLINIQUES

FAITES

Par M. le Dr A. MAIRET
Agrégé, chargé de la Clinique des maladies mentales et nerveuses,
Médecin en chef de l'Asile public d'aliénés de l'Hérault.

PREMIÈRE LEÇON

SOMMAIRE. — Existe-t-il une folie de la puberté ? Divergences dans les opinions des auteurs à ce sujet ; les uns pensent que la puberté ne donne pas naissance à l'aliénation mentale ; d'autres pensent que la puberté peut jouer le rôle de cause occasionnelle ; d'autres admettent l'existence d'une folie pubérale ayant des symptômes propres, et qu'ils désignent sous le nom d'*hébéphrénie*.

L'observation clinique démontre que la puberté peut donner naissance à la folie, et que la folie pubérale n'a pas toujours la même physionomie clinique. A ce point de vue, cette folie peut se subdiviser en : folie pubérale avec arrêt de développement intellectuel et folie pubérale simple. La folie pubérale simple peut revêtir des formes diverses : stupeur lypémaniaque, manie choréique, manie impulsive, manie hystérique.

Ce qu'on doit comprendre sous le nom de puberté.

La malade que vous avez devant vous est actuellement guérie de l'aliénation mentale qui avait nécessité

©BIUM

son admission à l'asile. Cette aliénation mentale, caractérisée d'abord par une agitation maniaque intense avec hallucinations, s'est transformée plus tard en un état de stupeur, qui, très marquée au début, s'est atténuée progressivement.

Mais je ne veux pas insister pour le moment sur la forme qu'a revêtue la maladie chez cette jeune fille ; je veux me borner à en rechercher les causes et à en reconstituer la pathogénie.

Lorsqu'elle entra à l'asile au mois de juin dernier, Mlle Pa... avait dix-neuf ans. Ses parents attribuent à une émotion morale le développement de sa maladie.

Cette jeune fille se crut, sans raison, abandonnée par un jeune homme qui la recherchait en mariage, et l'émotion qu'elle en ressentit fut le point de départ de l'éclosion de l'aliénation mentale.

Cette cause morale, suffisante aux yeux des parents pour expliquer la réalisation du délire, ne l'est pas pour nous médecins; ce ne peut être évidemment qu'une cause provocatrice ; il fallait, pour que la maladie éclatât à sa suite, que le terrain fût préparé.

Voyons quel était ce terrain, et étudions pour cela les antécédents héréditaires et personnels de notre malade.

L'hérédité, fouillée avec soin, et cela du côté maternel comme du côté paternel, est absolument muette au point de vue mental, nerveux ou dégénératif. Nous n'avons pu découvrir qu'un léger nervosisme banal, tel qu'on le rencontre chez un grand nombre de femmes.

C'est par conséquent la malade elle-même qui a dû faire tous les frais de sa maladie. Étudions donc ses antécédents physiologiques et pathologiques.

Impressionnable, mais d'un caractère doux et égal, cette jeune fille a une intelligence plutôt au-dessus qu'au-dessous de la moyenne ; à seize ans, elle obtenait son brevet d'institutrice. Elle n'a jamais eu de convul-

©BIUM

sions dans son enfance, et la seule maladie dont elle ait été atteinte, est une fièvre typhoïde légère, survenue à l'âge de dix ou douze ans et qui ne s'est accompagnée d'aucune manifestation cérébrale. A l'âge de treize ans seulement, alors que la menstruation allait apparaître, se produisit chez elle un état d'affaiblissement physique avec céphalée qui empêcha tout travail intellectuel et qui demanda quatre ou cinq mois de soins. A partir de ce moment, M^lle^ Pa... redevint bien et put reprendre ses occupations intellectuelles ; mais le développement pubéral se faisait difficilement ; les règles, tout en étant régulières, étaient peu abondantes ; le thorax était étriqué, les seins peu développés, et sans être chlorotique, Pa... était faible de sang.

Toutefois rien ne pouvait faire prévoir l'éclosion d'une aliénation mentale, lorsque se produisit la cause morale dont nous avons parlé.

Dans ce cas donc, l'étude approfondie des causes héréditaires ou autres ne nous révèle rien pour expliquer le développement de l'aliénation mentale, qu'une croissance, qu'une puberté difficiles.

Pouvons-nous attribuer à cette puberté difficile, le rôle pathogénique important qu'elle semble avoir ?

Telle est la question que je voudrais chercher à résoudre avec vous dans ces leçons en l'élargissant, c'est-à-dire en nous demandant d'une manière générale si la puberté peut donner naissance à la folie, et, dans le cas de l'affirmative, en étudiant cette folie pubérale.

C'est là, à mon sens, une question importante au point de vue scientifique et pratique.

Au point de vue scientifique, la question de la folie pubérale est encore loin, comme vous le verrez tout à l'heure, d'être résolue.

Au point de vue pratique, le notion de l'existence

©BIUM

d'une folie pubérale crée des indications thérapeutiques desquelles, j'en suis convaincu, peut dépendre, dans certains cas, l'avenir du malade confié à vos soins.

I

La puberté peut-elle donner naissance à l'aliénation mentale? Existe-il une folie de nature pubérale?

Voyons d'abord ce que nous répond la science à ce sujet.

Si vous interrogez la plupart des auteurs classiques que vous avez entre les mains, vous trouverez que la grande majorité n'attribue aucune influence pathogénique à la puberté dans le développement de l'aliénation mentale. Pour ces auteurs, la puberté est seulement l'âge où commence à apparaître réellement l'aliénation mentale, celle-ci étant excessivement rare chez l'enfant : ainsi Griesinger (1), Dagonet (2), Luys (3), Hammond (4) ; ainsi Morel (5) lui-même, ce grand clinicien qui a cependant tant fait pour transporter l'étude clinique de l'aliénation mentale sur son véritable domaine, sur le domaine étiologique, ainsi encore Esquirol (6), Guislain (7), Auguste Voisin (8), etc.

A peine si quelques-uns de ces auteurs pensent que la folie qui se développe pendant la puberté revêt plus volontiers certaines formes :

« L'aliénation mentale, dit Esquirol (9), pourrait être divisée relativement aux âges, en imbécillité pour

---

(1) Griesinger. — *Traité des maladies mentales.*
(2) Dagonet. — *Nouveau traité des maladies mentales.*
(3) Luys. — *Leçons sur les maladies mentales.*
(4) Hammond. — *Maladies du système nerveux.*
(5) Morel. — *Traité des maladies mentales.*
(6) Esquirol. — *Des maladies mentales.*
(7) Guislain. — *Traité des phrénopathies.*
(8) A. Voisin. — *Leçons sur les maladies mentales.*
(9) Esquirol. — *Loco citato*, t. I, p. 32.

©BIUM

l'enfance, en manie et en monomanie pour la jeunesse, en mélancolie ou lypémanie pour l'âge consistant, en démence pour l'âge avancé. »

A côté de ces auteurs, parmi lesquels la plupart des cliniciens français qui refusent à la puberté une influence pathogénique, il en est d'autres qui, au contraire, pensent que l'évolution pubérale peut donner naissance à l'aliénation mentale.

Dans ce cas, la folie revêt une modalité particulière.

C'est un médecin allemand, Kahlbaum, qui, le premier, a mis en relief l'existence de cette folie pubérale qu'il désigne sous le nom d'*hébéphrénie*, et c'est Hecker (1), un de ses élèves, qui la décrivit pour la première fois en 1871.

Cette hébéphrénie serait, d'après Schüle (2), qui emprunte sa description à Hecker, caractérisée de la façon suivante :

Elle débute par un état mélancolique, les malades sont déprimés et ont souvent des idées de suicide ; mais à l'inverse de ce qui se passe chez les grandes personnes atteintes de mélancolie, le sentiment de tristesse n'est que très superficiel et change sans motif ; il semble même que le malade joue avec ses sensations mélancoliques et y mette une certaine coquetterie ; de plus, aux idées de tristesse succèdent brusquement des accès de gaieté avec rire et sottises absurdes, de sorte que suivant les moments, existent dans le délire les contrastes les plus grands.

La sphère psychomotrice n'est pas moins atteinte que la sphère intellectuelle ; le malade se livre à toute espèce d'impulsions, à toute espèce d'actions sans but

(1) L. Ewald Hecker. — *Virchow. Arch.*, t. 52, p. 394-429, 1871.

(2) Schüle. — *Handbuch von Ziemsen*, vol. XVI, p. 231, 237.

©BIUM

qui ont souvent l'air d'être faites exprès et d'être méchamment absurdes ; d'autres malades vagabondent. Dans ses écrits et dans son langage le malade recherche les provincialismes, ou les termes d'argot au-dessous de son éducation, ou bien a des écrits ou une description poétique ampoulés et d'une sentimentalité exagérée ; il y a quelque chose d'enfantin dans ses idées.

Ces troubles psychiques ont comme cadre une espèce de débilité mentale qui peut se rapprocher beaucoup de la démence, sans aller cependant jusqu'à la nullité intellectuelle.

La démence est, en effet, d'après Kahlbaum, le fait capital de l'hébéphrénie, et elle apparaît souvent dès les premiers moments de la maladie. Aussi cette folie serait-elle toujours incurable.

Quelques médecins, tout en admettant plus ou moins l'existence de l'hébéphrénie, protestent contre ce pronostic ; ainsi Skae (1), Schüle (2), Ball (3). Dans ces derniers temps Kahlbaum (4) lui-même est un peu revenu sur son opinion première ; il admet, à côté de l'hébéphrénie vraie, des états hébéphrénoïdes qu'il désigne sous les noms d'*hébroïdophrénie* ou d'*hébroïde* et qui eux seraient susceptibles de guérison.

Ainsi tandis que des auteurs n'accordent aucune influence pathogénique à la puberté dans le développement de l'aliénation mentale, d'autres au contraire pensent non seulement que la puberté peut donner naissance à la folie, mais encore que cette folie a des caractères spéciaux.

A côté de ces deux opinions opposées il en existe une

(1) Skae. — *Cité par divers.*
(2) Schüle. — *Loco citato.*
(3) Ball. — *De la folie de la puberté*, — in *Encéphale*, 1884, t. 4.
(4) Kahlbaum. — VII[e] congrès des naturalistes et médecins allemands ; analysé in *Arch. de Neurol.* 1886, t. II, p. 106.

©BIUM

troisième qu'on pourrait désigner sous le nom d'opinion mixte et dont Maudsley (1) me paraît être un des représentants les plus autorisés. D'après les auteurs qui partagent cette manière de voir, « le développement de la puberté est de temps en temps l'occasion d'un accès d'aliénation mentale, surtout lorsqu'il existe une prédisposition héréditaire. »

Ce sont les jeunes filles qui sont le plus particulièrement exposées à ces accès.

La folie occasionnée ainsi par la puberté n'offrirait rien de caractéristique, rien qui permette d'en donner une description spéciale ; « elle revêt la forme de la manie ou de la mélancolie. »

A peine si dans ces cas on constate quelques symptômes qui pourraient être rattachés à l'origine pubérale et dont les plus importants se traduiraient par un mélange d'actions auxquelles Maudsley donne le nom « d'involontairement volontaires ».

En résumé donc, les auteurs interrogés pour savoir s'il existe une folie de nature pubérale, si la puberté peut donner naissance à l'aliénation mentale, sont loin d'être d'accord, et nous trouvons à ce point de vue trois opinions distinctes :

1° La puberté n'est pas considérée comme une cause possible de folie, c'est seulement la période de la vie où commence à apparaître l'aliénation mentale qui est exceptionnelle chez l'enfant.

2° La puberté peut occasionner le développement de l'aliénation mentale chez un prédisposé ; cette aliénation mentale n'a aucun caractère particulier.

3° La puberté peut donner naissance à l'aliénation mentale ; il y a une folie pubérale, laquelle se traduit par des caractères spéciaux, c'est l'hébéphrénie.

(1) H. Maudsley, — *La pathologie de l'esprit*, p. 476.

©BIUM

Tel est l'état actuel de la science sur la question de la folie pubérale. Et cet état, comme vous le voyez, n'est pas tel qu'il nous soit possible, en invoquant simplement ce qui a été écrit, de nous faire une opinion précise sur cette question.

Les divergences entre les auteurs sont en effet trop profondes.

D'un côté des médecins qui n'attribuent aucun rôle pathogénique à la puberté dans la réalisation de la folie.

D'un autre côté des médecins qui admettent que la puberté peut être une cause de folie, cause plus ou moins importante, pathogénique d'après Kahlbaum et ses partisans, occasionnelle seulement, d'après Maudsley. Et dans ce dernier camp, divergence encore dans l'appréciation de l'influence exercée par la puberté, agissant comme cause, sur la modalité de la folie.

Heureusement que nous avons pour établir notre opinion sur la question de l'existence de la folie pubérale autre chose que des livres; nous avons ce vaste champ d'investigations que constitue notre asile.

Interrogeons donc les faits et, si vous le voulez bien, revenons à l'observation de la malade que je vous présentais au début de cette leçon.

Chez cette jeune fille, vous avez vu que si l'on n'admet pas l'influence pathogénique de la puberté, on ne trouve aucune cause susceptible d'expliquer le développement de l'aliénation mentale. Il y a déjà dans ce seul fait, n'est-ce pas, une grande probabilité pour nous amener à admettre une relation de cause à effet entre la puberté et la folie; cette probabilité devient certitude, lorsqu'on étudie l'évolution corrélative de la maladie et de la crise pubérale.

Lorsque Pa... entre à l'asile, l'examen physique de la malade indique sans conteste que la puberté n'est pas terminée. Tandis que les extrémités inférieures, les

©BIUM

cuisses, le bassin sont bien développés, la partie supérieure du corps, les bras, la poitrine, le sont proportionnellement beaucoup moins ; le thorax est étriqué et son pourtour, mesuré au-dessous des bras, est de soixante-dix centimètres ; la gorge est à peine saillante ; bref, tout dans l'habitude extérieure de M^lle Pa... indique une puberté incomplète.

Aujourd'hui, au contraire, c'est-à-dire dix mois environ après notre premier examen, toutes les parties du corps sont bien proportionnées, le développement du thorax est en rapport avec celui des membres inférieurs, la gorge est pleine et le pourtour du thorax au-dessous des bras mesure soixante-dix-neuf centimètres ; la physionomie est fraîche et tout chez cette jeune fille respire la santé.

Ainsi en même temps que nous constatons chez M^lle Pa... la guérison de l'aliénation mentale, nous constatons la terminaison de la puberté ; cette malade est devenue femme. Et, remarquez-le, au fur et à mesure que s'effectuait le développement physique, s'améliorait l'état mental. Vous avez pu suivre, en effet, le rapport qui existait entre l'amélioration de la crise pubérale et l'amélioration de la maladie psychique. J'ai eu soin au moment voulu d'attirer votre attention sur ce fait.

En présence d'une semblable évolution de l'état physique et de l'état mental ; en présence de ce fait que dans le cas qui précède, la puberté est la seule cause permettant d'expliquer le développement de l'aliénation mentale, il me semble qu'il ne peut plus rester de doute dans votre esprit sur l'influence pathogénique exercée par la puberté sur le développement de l'aliénation mentale : la folie de Pa... était de nature pubérale. Et par suite, comme conclusion, nous pouvons dire en réponse à la question que nous nous sommes posée :

©BIUM

La puberté peut donner naissance à l'aliénation mentale; il existe une folie de nature pubérale.

De l'observation de Pa..., je pourrais rapprocher d'autres faits venant corroborer la conclusion qui précède ; cela me paraît inutile, parce que ces faits nous les retrouverons ultérieurement, et je devrai alors justifier, comme je viens de le faire pour Pa..., leur origine pubérale ; je m'exposerais donc à des redites.

II

Il existe une folie de nature pubérale. Cette conclusion a naturellement comme corollaire l'étude de cette folie. Et la première question qui se pose à ce sujet est la suivante :

La folie pubérale a-t-elle une physionomie propre?

Vous savez ce que répond la science à ce sujet. Kahlbaum admet que la folie pubérale se traduit sous une forme spéciale, l'hébéphrénie. D'autres auteurs, au contraire, pensent que la puberté n'imprime aucun caractère particulier à l'aliénation mentale. Il est vrai que ces mêmes auteurs n'admettent pas, à proprement parler, une folie de nature pubérale ; ils admettent seulement que la puberté peut être une cause occasionnelle de folie chez un individu prédisposé.

Pour résoudre la question que nous venons de nous poser, il faut donc de nouveau avoir recours aux faits, et voici comment j'ai procédé.

J'ai réuni toutes les observations de folie survenue dans le cours de la période pubérale que j'ai pu recueillir moi-même, et je les ai étudiées d'abord dans leur étiologie.

De cette étude il est résulté pour moi que ces observations pouvaient être, au point de vue étiologique, divisées en deux groupes.

©BIUM

Dans le premier, la puberté n'a eu aucune influence étiologique.

Dans le second, la puberté a joué le rôle de cause, cause d'importance plus ou moins grande, mais pouvant dominer la scène, pouvant même, comme dans l'observation de Pa... que je vous ai rapportée précédemment, résumer toute l'étiologie.

Ce premier point établi, j'ai étudié comparativement dans leur symptomatologie ces deux groupes de faits. De cette nouvelle étude il est résulté pour moi que, dans les cas de folie de nature pubérale, la maladie revêt une physionomie clinique qu'elle n'a pas dans les autres cas, c'est-à-dire dans ceux où la puberté n'est pas intervenue comme cause.

Par suite, j'ai été amené à conclure que, lorsqu'on compare la folie de nature pubérale avec la folie qui survient dans le cours de la puberté sans reconnaître l'influence étiologique de cette dernière, la première, *la folie pubérale, revêt une physionomie propre.*

Seulement, à l'inverse de ce que pensait Kahlbaum, les faits m'ont montré que cette physionomie n'est pas toujours la même.

Et tout d'abord ils m'ont révélé que la puberté peut faire sentir son action sur l'intelligence de deux manières différentes.

1° Ou bien elle produit un arrêt de développement intellectuel et des troubles délirants qui constituent une véritable aliénation mentale.

Vous savez, c'est là un fait d'observation vulgaire, que, pendant la crise pubérale, peut se produire un véritable arrêt de développement intellectuel; que des jeunes gens qui jusque-là avaient montré une intelligence normale, souvent au-dessus de la moyenne, qui avaient même été considérés comme doués d'une intelligence hors ligne, avortent complètement au point de vue

©BIUM

intellectuel. Eh bien! si, dans certains cas, cet arrêt de développement peut être la seule manifestation de la puberté, dans d'autres cas, il peut s'accompagner de délire.

2° Ou bien, elle produit seulement une perversion de l'intelligence, c'est-à-dire qu'elle donne naissance à une aliénation mentale se traduisant simplement par du délire ; l'atteinte au fond de l'intelligence ne se produisant, comme dans les aliénations mentales ordinaires, que consécutivement, sous forme de démence, démence qui, il est vrai, peut être dans certains cas assez rapide.

D'où, vous le voyez, deux grands groupes de folie pubérale que l'on peut désigner sous les noms de :

A. Folie pubérale avec arrêt de développement intellectuel.

B. Folie pubérale simple.

Reprenant alors ces deux espèces de folie pubérale, je les étudiais dans leur délire et je m'aperçus que :

1° Dans la folie pubérale avec arrêt de développement intellectuel, le délire peut être variable dans sa forme, mais que ce genre de folie, par suite même de l'état du fond de l'intelligence, conserve une réelle unité.

2° Dans la folie pubérale simple, le délire peut s'exprimer sous deux formes distinctes, sous la forme de manie et sous la forme de stupeur.

Poursuivant encore mon étude relativement aux deux formes de la folie pubérale simple, les faits me montrent :

1° Que la stupeur, que nous désignerons, vous verrez plus tard pourquoi, sous le nom de stupeur lypémaniaque, lorsqu'elle se développe dans le cours de la puberté, est toujours de nature pubérale.

2° Que la manie de nature pubérale se présente à

©BIUM

nous sous des aspects qui lui sont propres et peut être divisée en :

a) Manie choréique ;

b) Manie impulsive ;

c) Manie hystérique.

En résumé donc, la folie pubérale revêt, comparativement à la folie qui se développe dans le cours de la puberté, sans être de nature pubérale, une physionomie propre, mais qui n'est pas toujours la même, et à ce point de vue, elle peut être divisée en :

1° *Folie pubérale avec arrêt de développement intellectuel.*

2° *Folie pubérale simple*, laquelle peut revêtir les formes suivantes :

a) *Stupeur lypémaniaque ;*

b) *Manie choréique ;*

c) *Manie impulsive ;*

d) *Manie hystérique.*

Vous ne serez pas étonnés que la puberté puisse donner naissance, tantôt à une folie avec arrêt de développement, tantôt à une folie simple, puisque le cerveau est, à ce moment-là, comme le reste de l'économie, en voie d'accroissement.

Mais peut-être trouvez-vous étrange, en considérant les différentes formes que peut revêtir la folie pubérale simple, qu'une même cause puisse s'exprimer sous des formes aussi diverses? Cependant j'espère que non. Cette variation dans l'expression symptomatique d'une même cause pathogénique n'est pas propre à la seule puberté ; c'est plutôt un fait général.

Voyez ces trois malades que vous avez devant vous, qu'y a-t-il de plus différent au point de vue symptomatique?

Celle-ci, avec son agitation, le décousu de son délire, l'impossibilité de fixer son attention, est le type de la

©BIUM

maniaque; celle-là est la vivante image du désespoir, c'est une lypémaniaque; cette troisième, enfin, est plongée dans la stupeur. Et cependant, chez toutes les trois, l'aliénation est de même nature, de nature puerpérale.

Mais remarquez-le, Messieurs, lorsque je vous ai dit que la folie pubérale revêtait une physionomie propre, je la comparais avec la folie qui, se développant dans le cours de la puberté, ne reconnaissait pas pour cause cette dernière. Cette conclusion reste-t-elle vraie lorsqu'on compare la folie de la puberté avec la folie se développant à d'autres âges? Oui et non. Oui, pour la folie pubérale avec arrêt de développement; non, pour la folie pubérale simple.

On peut retrouver, en effet, la stupeur lypémaniaque, la manie choréique, la manie hystérique, en dehors de la puberté. Seulement, au point de vue pathogénique, cela a peu d'importance, puisque la seule époque du développement de la maladie permet de rattacher celle-ci à sa véritable origine. Cela prouve simplement que dans ces cas la puberté n'agit pas d'une manière spécifique, ou mieux peut être spéciale. Mais c'est là un point que nous retrouverons ultérieurement. — J'ajouterai toutefois qu'il est dans la plupart de ces formes de la folie pubérale simple quelques caractères qui leur sont propres et qui révèlent leur nature. C'est là encore un fait que nous retrouverons plus tard à propos du diagnostic différentiel de chacune de ces formes.

Tels sont, Messieurs, les différents résultats auxquels m'a conduit l'étude comparative, tant au point de vue étiologique qu'au point de vue symptomatique, des nombreuses observations de folie développée dans le cours de la puberté que j'ai pu observer.

Ces résultats je vais maintenant, faisant appel aux faits, vous démontrer qu'ils sont bien l'expression de la

©BIUM

vérité. Pour cela je ne puis pas refaire avec vous le travail que j'ai fait seul, je ne puis pas réunir toutes les observations que j'ai recueillies, les étudier avec vous et vous montrer qu'elles se divisent bien réellement en deux groupes : l'un reconnaissant comme cause la puberté, l'autre s'étant développée dans le cours de la puberté sans que celle-ci intervienne dans l'étiologie. Mais ce que je puis faire, c'est d'étudier avec vous chacune des formes de la folie pubérale que j'ai établies et vous démontrer qu'elles sont bien de nature pubérale.

Je le sais, c'est là un travail ingrat, qui pourra même peut-être devenir pour vous fatigant, mais c'est là la clinique, la vraie clinique, puisque l'étude à laquelle nous allons nous livrer est une étude de pathogénie, cette source vive des indications thérapeutiques.

Nous commencerons cette étude dans notre prochaine leçon et nous étudierons la folie pubérale simple. Mais avant de terminer cette leçon-ci, permettez-moi encore d'attirer votre attention sur une question.

III

Je vous parle, depuis le commencement de cette leçon, de *puberté*.

C'est un terme suffisamment connu pour que je n'aie pas besoin de le définir. Peut-être cependant n'est-il pas inutile que vous soyez exactement fixés sur sa signification.

Le terme de puberté rappelle immédiatement à l'esprit un fait biologique de la plus haute importance : l'évolution que subissent les organes génitaux, évolution qui aboutit chez l'homme à l'apparition des zoospermes dans la liqueur séminale, et chez la femme à l'évolution de la menstruation. Jusque-là les deux sexes étaient pour ainsi dire *neutres*, à partir de ce moment leur différenciation se fait.

©BIUM

L'évolution génitale constitue donc le caractère essentiel de la puberté. Toutefois ce n'est pas le seul.

La puberté est une période de transformation, d'accroissement, qui a pour but le passage de l'enfance à l'âge adulte, et, par suite, elle se fait sentir sur l'économie tout entière. Non seulement les organes génitaux internes et externes subissent des modifications en rapport avec la fonction qui vient de naître, mais encore les différentes pièces du squelette achèvent de se consolider ; la poitrine s'élargit, la circulation devient plus active, le tempérament sanguin diminue, les sécrétions muqueuses sont moins abondantes, les poils apparaissent, la glotte s'élargit et s'allonge, la croissance continue à se faire et souvent elle est rapide, etc.

Dans le domaine psychique des modifications non moins importantes se produisent. De nouvelles sensations, en rapport avec la nouvelle fonction qui vient de s'établir, apparaissent et le moral subit des modifications.

Le pubère devient volontiers mélancolique, recherche la solitude et est agité de désirs qui, suivant ses dispositions cérébrales, revêtent, comme a dit Michel Lévy (1), « des nuances, des expressions différentes depuis la vague rêverie jusqu'aux aspirations brûlantes de l'amour enthousiaste, depuis la pâleur d'une concentration difficile, jusqu'aux explosions d'une fougue désordonnée ». Ici, en effet, idéalisme et matière se tiennent de près et les pratiques solitaires sont souvent le corollaire de la puberté.

L'intelligence proprement dite subit, elle aussi, des modifications dont le résultat est la création de la personnalité intellectuelle.

Bref, la puberté est cette période de la vie pendant laquelle se réalisent des modifications importantes por-

(1) Michel Lévy. — *Traité d'hygiène*, t. I, p. 15.

©BIUM

tant sur le physique et sur le moral, modifications qui aboutissent à la virilité, à la création de la personnalité, et qui sont dominées par la mise en activité d'une fonction, la fonction de la reproduction.

Or, une semblable transformation ne se fait pas en un jour, elle porte sur des années ; variable dans son apparition, suivant les éléments, les races, etc., elle commence entre treize et seize ans et son évolution est plus ou moins longue ; généralement dans notre milieu cette évolution est achevée à l'âge de vingt-deux ans, mais je l'ai vue chez certains individus se prolonger jusqu'à vingt-quatre et vingt-cinq ans, et même dans certains cas, ainsi que l'indique Morel (1), elle ne se fait pas.

Sous le nom de puberté, il faut donc comprendre cette période de la vie qui sépare l'enfance de la virilité, période pendant laquelle se produisent des transformations considérables dans l'économie. Et vous devez comprendre que si souvent ces transformations s'opèrent sans difficulté, sans même que l'individu s'en aperçoive, elles deviennent parfois difficiles, et qu'au lieu d'une évolution physiologique, on ait une évolution pathologique.

(*A suivre.*)

---

(1) Morel. — *Traité des maladies mentales*, p. 587.

©BIUM

UN CAS
DE
SOMNAMBULISME HYSTÉRIQUE
SPONTANÉ ET PROVOQUÉ

Par M. le Dr A. CULLERRE,
Directeur-médecin de l'asile d'aliénés de la Roche-sur-Yon.

L'hystérie est un sujet inépuisable. Malgré la multitude d'observations d'hystériques que possède la science, il n'est pas de nouveau cas, si banal qu'il paraisse, qui ne présente quelque particularité originale et encore peu étudiée. L'observation que nous nous proposons de publier ici n'est assurément pas nouvelle ; il en existe d'analogues dans les recueils scientifiques. Cependant l'hystéro-somnambulisme n'est pas tellement élucidé qu'il n'y ait plus à y revenir ; d'un autre côté la question du sommeil provoqué est toujours pleine d'inconnues que compliquent encore des doctrines rivales et opposées. Y a-t-il deux sortes d'hypnotisme ? Celui des hystériques et celui des sujets sains ? Quel est le véritable rôle de la suggestion dans les phénomènes hypnotiques ? Est-elle tout, comme le veut M. Bernheim, de Nancy, ou n'a-t-elle qu'un rôle restreint comme le soutiennent de nombreux observateurs ?

Tel est l'ordre de questions que l'observation suivante soulève et qu'elle permettra d'étudier, sinon de résoudre.

Observation. — Joséphine F..., née le 2 juillet 1868, est entrée à l'asile le 27 mai 1886, à la suite d'un certificat constatant qu'elle est atteinte de *somnambulisme* et d'une enquête

©BIUM

relatant qu'un jour on l'a trouvée endormie dans un pré, en chemise, la moitié inférieure du corps à nu, et qu'à diverses reprises elle s'est présentée dans le même costume dans les rues du village, ce qui faisait peur aux enfants et causait du scandale.

Antécédents. — La mère de Joséphine est morte, il y a quatre ans, en état d'aliénation mentale; le père, inintelligent, est d'un caractère peu recommandable; un frère et une demi-sœur de père sains.

Joséphine a eu une enfance ordinaire. Elle est réglée depuis l'âge de quinze ans, mais d'une façon irrégulière. Elle était dans une pension religieuse pour s'y préparer à l'examen des postes, lorsqu'une nuit, il y a un an et demi, elle fut réveillée par un chat, qui, grimpé sur son lit, lui frôlait la figure. Elle en éprouva une peur terrible et quinze jours plus tard se produisait le premier accès de somnambulisme.

Ces accès se renouvelèrent fréquemment. Elle se levait la nuit, et reprenait le travail de la journée; une fois elle s'était emparée des clefs du couvent, en ouvrit les portes, et traversa la ville d'Angers pour se rendre dans une maison de connaissance située à une distance considérable, où on la retrouva encore endormie.

Quelques mois après, elle eut de nombreuses crises convulsives qui motivèrent définitivement son départ du couvent.

De retour chez elle, elle vit sa maladie s'amender un peu, ce qui lui permit de se placer comme servante; mais on ne put la garder, et sous l'influence des ennuis qu'elle éprouva alors et de sa mésintelligence avec son père, son mal subit une recrudescence considérable. Depuis six mois, les accidents somnambuliques sont presque incessants et les actes accomplis en cet état sont devenus désordonnés.

Il n'y a pas d'heure fixe dans le retour des accès, qui cependant sont presque exclusivement nocturnes. Elle se lève, délire violemment, et réussit souvent à s'échapper dans la campagne. Quelquefois elle ne se réveille pas le matin et reste endormie dans la journée. Alors elle va devant elle, se perd, et se réveille dans les champs, sans savoir où elle se trouve.

Un jour, circulant en somnambulisme et à demi-nue dans les rues du village, elle fut attaquée par un chien qui se jeta sur elle et la saisit par la chemise. Réveillée subitement, elle en éprouva une frayeur extrême.

L'accès la prend quelquefois le jour. Une fois elle était dans

©BIUM

un champ, à cueillir des choux, lorsqu'elle s'endormit ; elle ne se réveilla que le soir, aux lumières. Il lui est aussi arrivé de s'endormir à la messe, et on était forcé de la faire sortir de l'église.

Jamais elle n'a eu le moindre souvenir de ce qui se passe dans ses accès, et elle ne s'en aperçoit, à son réveil, qu'au désordre de sa toilette ou des objets qui l'entourent.

Examen direct. — Joséphine est de taille un peu au-dessous de la moyenne, d'une apparence florissante ; la tête est petite, globuleuse, l'occiput aplati ; les yeux gris, à fleur de tête, ont un éclat particulier. Analgésie cutanée de toute la surface du corps, plus accentuée à gauche où il existe une véritable hémianesthésie. Douleur permanente et à la pression dans la région thoracique gauche, dans une étendue mal délimitée, surtout au-dessous du sein. Les ovaires ne sont pas douloureux ; la recherche de points hystérogènes est négative. Dyschromatopsie de l'œil gauche pour le violet et le vert ; diminution de l'acuité visuelle du même côté. Faiblesse musculaire marquée du côté gauche.

Somnambulisme naturel. — Depuis son entrée jusqu'à sa première sortie (10 janvier 1887), Joséphine F... a eu vingt-huit accès de somnambulisme exclusivement nocturne. Ces accès ont été d'une intensité et d'une durée très variables, consistant tantôt en un simple délire d'une durée d'une demi-heure à deux heures, la malade ne quittant pas son lit ; tantôt en violentes scènes de véritable somnambulisme avec désordre des actes d'une durée de plusieurs heures. Le moment du début de la crise est très variable : c'est tantôt à neuf ou dix heures du soir, tantôt à minuit ou une heure, tantôt à quatre heures du matin. Les incidents de la journée ont toujours eu une grande influence sur le retour et l'intensité de l'accès, et les plus violents ont toujours coïncidé avec de vives émotions : une visite désagréable, une contrariété, etc.

En voici les dates exactes : 30 et 31 mai ; 7, 11, 14, 23, 27, 30 juin ; 4, 11, 15, 19, 25, 28 juillet ; 4, 6, 13, 16, 20, 24, 28 août ; 13, 21, 27 septembre ; 9 octobre ; 20 et 22 décembre : ces deux derniers accès extrêmement légers.

L'accès, quelles qu'en soient l'intensité et la durée, se compose toujours de plusieurs phases entremêlées sans règle et sans ordre : une phase de délire calme, roulant sur les événements de la journée, sur les préoccupations de la malade, sur ses contrariétés, ses désirs ; et une autre fixe, invariable, composée

©BIUM

d'un délire toujours le même, roulant sur les trois ou quatre incidents qui, par l'ébranlement nerveux qu'ils lui ont causé, ont provoqué l'explosion des accidents hystériques. Ce délire spécial, agité et violent, revient de temps en temps interrompre le délire tranquille, puis cesse pour revenir à plusieurs reprises avant la fin de l'accès.

En voici un exemple tiré textuellement de nos notes.

... « Cette nuit, à partir de une heure du matin, la malade a eu son accès de délire somnambulique habituel. — « Ma sœur!.. ma bonne petite sœur!... je voudrais tant être avec toi!... tu es peut-être malade... Si je pouvais aller te voir!... » — Elle parle ainsi longtemps de sa sœur et de son désir de la voir, puis elle se lève, va à la porte, la secoue avec fracas, fait grand tapage, et ne pouvant réussir à l'ouvrir, revient, après de nombreuses péripéties, se recoucher. A ce moment nous arrivons : nous la trouvons couchée sur le ventre, la face enfouie dans son oreiller, embrassant de ses deux bras son matelas, cherchant à le déchirer avec ses ongles, et de temps en temps grinçant des dents avec violence. En même temps elle parle. — « Ah! singe!... garde-les donc, tes mauvais livres!... monstre!... va-t'en! tu me piques la tête, tu me fais mal!... Oh! les chats, les chats!... ils grimpent de tous côtés!... Les chiens après moi!... (et elle se prend la tête à pleines mains comme pour se protéger)... Garde-les, tes livres, vilain singe... est-ce que je veux lire cela, moi, *Le miroir des âmes! La trompette du jugement dernier!...* » — Puis le délire change de forme : elle redevient calme, recommence l'énumération des faits qui se sont déroulés les jours précédents, cite des incidents plaisants, dont elle rit ; raconte qu'elle a rencontré en ville le Dr X... et qu'elle s'est enfuie pour ne pas lui parler. Mais bientôt les hallucinations reparaissent, l'individu qu'elle désigne sous le nom de *singe*, les chiens et les chats se remettent après elle ; elle s'agite violemment, crie, se tord échevelée. Dans cet état, il y a anesthésie complète ; les paupières sont closes, les globes oculaires convulsés en haut. La recherche de points *hystérogènes* ou *inhibitoires* est sans résultat. Le seul phénomène constaté est une anxiété respiratoire causée par la pression des vertèbres cervicales et dorsales.

On peut intervenir dans son délire ; elle répond, mais ne se laisse pas facilement diriger. A un moment donné elle recommence à parler de sa sœur, de son grand désir de la voir : — « Si j'avais seulement un couteau! je ferais sauter la serrure! »

©BIUM

— « Tenez, en voici un, » disons-nous en lui mettant un mauvais couteau tout ouvert dans la main. Aussitôt elle se lève, bondit vers la porte, les yeux fixes, *démesurément ouverts*, les pupilles dilatées, et s'efforce de briser la serrure. On la saisit; elle s'échappe, se précipite vers une fenêtre, l'ouvre, saute sur l'appui, et se suspendant au grillage extérieur, le secoue avec une telle violence qu'on peut craindre de le voir céder. En même temps elle pousse des cris terribles: — « Ils m'empêchent de sortir! J'ai la permission du directeur! » — On l'arrache à grand'peine à sa situation périlleuse; mais alors le contact des aides ramène le délire hallucinatoire; elle se croit en proie aux chiens et aux chats, pousse des cris terribles, et se débat avec les signes de la plus violente terreur! Nous mettons fin à cette horrible scène en lui soufflant violemment sur les yeux. Aussitôt elle s'affaisse sur une chaise, se plaint de la tête, manifeste une grande fatigue physique, et se laisse docilement recoucher. Il est près de cinq heures du matin; l'accès dure depuis près de quatre heures. Au réveil, elle ne se souvient de rien.

Voici maintenant la relation d'un petit accès :

... « Hier soir, de neuf à dix heures, la malade a déliré. Elle a interpellé le *Singe*, qui lui présentait de mauvais livres, qu'elle a toujours refusés. Elle a rappelé le temps où elle a servi comme domestique, et où elle a été si malheureuse; elle a parlé de ses amies, de ses camarades; de ses règles que pendant une scène d'hypnotisme on lui a enjoint d'avoir; elle répétait : « M. le directeur m'a dit que je les aurais demain... demain. » Elle a fait ensuite allusion aux incidents des journées précédentes; à une tasse de lait qu'on lui a donnée, à l'intimidation qu'elle ressent et qui l'empêche de dire tout ce qu'on lui demande. Elle ne s'est pas levée, mais s'est beaucoup agitée dans son lit. A dix heures le sommeil normal a succédé au sommeil somnambulique, sans transition. »

Voici encore un dernier échantillon de ses accès somnambuliques.

... « Cette nuit, à deux heures, elle s'est levée sous prétexte de pendre le *Singe*. Elle avait les yeux grands ouverts, et cherchait dans sa table de nuit, dans ses vêtements, une corde. N'en trouvant pas, elle prend son chapelet, le tortille autour de son tablier avec beaucoup d'imprécations et d'exclamations de satisfaction d'avoir pu venir à bout de son dessein; ensuite elle s'est agitée et a déliré. De temps en temps elle prononçait une

©BIUM

phrase ayant trait aux incidents de la journée : Elle a aussi parlé des chiens qui l'assaillaient ; elle en sentait un qui la tenait par la chemise, etc. »

Cette scène de pendaison en effigie des personnes qu'elle a prises en grippe s'est renouvelée à plusieurs reprises, tantôt avec son chapelet, tantôt avec ses jarretières, tantôt avec les cordons de son tablier.

Autres symptômes hystériques. — Pendant le premier mois de son séjour à l'asile, les seuls symptômes constatés chez la malade sont ceux que nous venons de rapporter. A partir du 19 juin, on constate chez elle de la surexcitation mentale, des accès de gaîté exubérante sans motif, qui prennent parfois les caractères d'une véritable excitation maniaque analogue à une ivresse légère : alors, elle est loquace, a des rires enfantins, se jette au cou de tout le monde ; nargue la surveillante, se vante de n'en faire qu'à sa tête ; improvise des chansons qu'elle chante à tue-tête ; apostrophe les gens d'un bout à l'autre de l'établissement. D'autres fois, elle est prise de rires spasmodiques bruyants, étranges, par accès, à propos de tout. Elle se montre capricieuse, mauvaise tête ; ordonne, fait la mutine, bondit, danse, jure, grimpe aux arbres, court sur les murs, crie, se livre à mille extravagances.

Dans cet état, elle est quelquefois prise de *contracture* des muscles des avant-bras ; elle ne peut ni les étendre, ni ouvrir les mains ; aucune manœuvre ne peut vaincre cette contracture, qui se dissipe spontanément au bout d'un certain temps.

L'excitation maniaque atteint son maximum vers le commencement d'août, et cesse complètement vers la fin de septembre où une véritable amélioration se produit sous l'influence du traitement.

Traitement. — L'action esthésiogène de l'or et surtout du zinc est reconnue. Le 21 juin, une application de plaques de zinc sur la jambe gauche, provoque au bout de trois quarts d'heure le retour de la sensibilité dans toute l'étendue du membre, sauf dans une petite bande de deux centimètres de largeur, remontant en dehors de la crête du tibia. Au bras, où aucune application métallique n'a été faite, le retour de la sensibilité ne s'est opéré que dans une petite bande de un centimètre de large sur le bord interne de l'avant-bras. La sensibilité thermique est troublée : un objet brûlant paraît froid sur la partie interne de la jambe gauche ; un objet froid parait chaud sur la partie externe. L'expérience renouvelée à diverses reprises, fournit les

©BIUM

mêmes résultats. Du côté droit, il y a transfert de l'anesthésie d'une façon partielle, et sans production d'effets rigoureusement symétriques.

L'oxyde de zinc est administré à l'intérieur du 1er juillet au 9 décembre. La dose primitive de 2 décigrammes est portée progressivement à 2 grammes.

D'après la marche des accès, on voit qu'à partir de septembre, les phénomènes somnambuliques deviennent de plus en plus rares, et qu'à la fin du même mois l'état mental est revenu à son état normal.

En même temps on constate la diminution de l'anesthésie. Le 23 juillet, la sensibilité douleur est revenue dans la jambe gauche; les piqûres sont vivement senties. Au bras, il reste un peu d'anesthésie limitée à une zone s'étendant le long de la partie postéro-externe de l'avant-bras. La force musculaire sans être égale à celle du côté droit, est cependant en partie revenue. La sensibilité est complète à droite; il n'y a pas eu de transfert. La dyschromatopsie a diminué et ne subsiste que pour les nuances dégradées; elle a totalement disparu le 3 novembre.

Au moment de la sortie, on constate les phénomènes suivants : sensibilité complètement rétablie aux membres supérieurs. Au membre inférieur gauche, il subsiste une zone d'insensibilité cutanée de forme triangulaire située en dehors de l'articulation fémoro-tibiale.

Rechute. — Un mois après sa sortie, étant en place à la Roche-sur-Yon, elle fut un soir poursuivie par des hommes ivres et en conçut une vive frayeur; en même temps elle eut à subir de nouvelles contrariétés de famille, de sorte que les accès somnambuliques ne tardèrent pas à reparaître et à atteindre à un véritable paroxysme délirant. Elle se levait, s'habillait, jetait le désordre dans la chambre où elle couchait, roulait les meubles, bousculait les chaises, puis se recouchait. Le lendemain à son réveil, elle était très étonnée du désordre qu'elle constatait autour d'elle.

Elle fut de nouveau admise le 19 février 1887. A l'entrée, on constate comme stigmates hystériques une analgésie générale, sauf dans deux bandes latérales longeant le côté postéro-externe des membres. Pas de dyschromatopsie. Accès de somnambulisme comme précédemment.

En mai, les accès somnambuliques cessent, mais de calme et de douce qu'elle était, elle prend un caractère exécrable; elle

©BIUM

devient hargneuse, méchante, malveillante, faisant des menaces. Elle a aussi quelques accès d'excitation maniaque avec danses, chants, et actes désordonnés.

En juin, toujours pas de somnambulisme. Caractère détestable, plusieurs accès de contracture des bras avec délire maniaque. Le 18, sous l'influence d'une contrariété, une crise violente éclate : contracture incomplète des doigts en flexion ; délire bruyant ; accès prolongé de toux hystérique ; douleur épigastrique violente, puis accès de polypnée ; mouvements automatiques du bras droit. Je l'endors avec la plus grande peine, ce qui met fin à la crise. L'hémi-anesthésie gauche complète est revenue.

Il lui arrive ensuite de s'endormir dans le jour, à la chapelle ou dans le jardin. Et peu à peu les crises somnambuliques nocturnes reparaissent en même temps que le caractère s'amende et redevient supportable.

Un traitement hydrothérapique prolongé pendant toute la belle saison est demeuré sans résultat.

Actuellement (1er décembre 1887) elle est douce, raisonnable, un peu triste, très préoccupée du sort de ses parents, et a deux ou trois fois par semaine un accès nocturne, d'intensité modérée, conforme à la description précédemment donnée.

Hypnotisme. — La malade est hypnotisable : pour obtenir le sommeil, nous employons tour à tour avec le même succès : la fixation du regard, la fixation d'un objet quelconque placé à la racine du nez, les passes, l'occlusion des yeux, l'application de la main sur le front, etc. Mais l'hypnotisation par suggestion n'a jamais réussi. Le sommeil se produit au bout d'une ou deux minutes. Pour la réveiller, il faut lui souffler sur les yeux ; ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle se réveille par suggestion. A plusieurs reprises elle a refusé nettement de se réveiller parce qu'elle était fatiguée. L'abaissement des paupières est précédé par une sorte d'aura ou plutôt d'attaque épileptoïde : borborygmes, légère excitation, soupirs profonds, mouvements spasmodiques des membres, et quelquefois grincement des dents.

L'état hypnotique obtenu est le somnambulisme avec yeux fermés, les pupilles convulsées en haut. Cependant on peut constater que malgré les apparences, l'occlusion des yeux n'est pas parfaite et que les pupilles peuvent se mouvoir, la malade sachant fort bien reconnaître les objets qu'on lui montre et sur la nature desquels il n'est pas possible de la tromper. Ainsi

©BIUM

elle reconnaîtra toujours *sans ouvrir les yeux*, et quoi qu'on dise pour l'induire en erreur, la photographie d'une personne qu'elle connaît et décrira exactement celle des personnes qu'elle ne connaît pas.

Toute manœuvre destinée à modifier l'état somnambulique a échoué. On n'obtient ni *léthargie* ni *catalepsie*. On peut provoquer à l'aide du souffle un peu de contracture des muscles de l'avant-bras seulement. Nulle part ailleurs il n'existe d'hyperexcitabilité neuro-musculaire. Elle est en anesthésie complète, sauf pour l'ouïe qui est manifestement *hyperesthésiée*.

Contrairement à la règle, on ne constate chez la malade hypnotisée aucune passivité psychique. Elle ne reçoit qu'avec difficulté, et le plus souvent n'accepte pas les suggestions les plus indifférentes. Quand elle est bien disposée, on peut lui faire prendre de l'eau pour de la liqueur, un objet quelconque pour un bouquet; la conduire dans un jardin, dans une église; on lui persuade difficilement de se mêler aux chants religieux, pourtant on y arrive. En jouant un personnage de sa connaissance, sa sœur par exemple, on peut lui faire croire à sa présence, et la faire converser avec elle dans un ordre d'idées déterminé.

Les altérations de sa propre personnalité sont impossibles.

Les suggestions posthypnotiques n'ont jamais réussi qu'une ou deux fois, bien qu'il ait été facile de s'assurer que l'idée jetée dans son cerveau y avait germé au moment voulu.

Ainsi par exemple, je lui suggère d'avoir à réclamer le lendemain au déjeuner, à la religieuse de la salle, un remède que je lui prescris. Le lendemain, à l'heure dite, elle ne demande rien, mais s'assied à table sans manger, semblant attendre quelque chose. Elle ne déjeune qu'après que les autres malades sont sorties de table.

Une autre fois, je lui suggère, après son réveil, d'apporter la cuvette sur la table où je signe les cahiers; elle n'en fait rien; mais interrogée sur ce qu'elle pense, elle avoue qu'elle a eu l'idée de m'apporter la cuvette, mais qu'elle n'a pas osé.

Une autre fois encore je lui avais suggéré d'écrire à son père quelques heures après la séance d'hypnotisation. Elle vint en effet à l'heure dite réclamer du papier à la religieuse, mais en déclarant que c'était pour m'obéir. — J'avais oublié de lui suggérer d'ignorer la source de l'idée que je lui avais inculquée.

Voici qui donnera une idée de sa résistance aux suggestions.

©BIUM

A un moment donné, elle avait pris en amitié une autre malade atteinte du délire de persécutions avec idées de grandeur, et cette sympathie avait pris des proportions que je jugeais dangereuses pour elle-même. C'était une attraction irrésistible, un engouement frénétique, comme on n'en rencontre que chez les hystériques. Je résolus de combattre par la suggestion cette sorte de *possession ;*

« Endormie, elle reste tranquille pendant quelques minutes, puis se met à parler de son amie Mme L.... J'en profite pour lui dire qu'elle m'a désobéi en lui parlant hier ; je veux lui faire raconter leur entretien ; elle ne veut pas répondre. Après des ordres répétés elle finit par me dire deux ou trois banalités. Je lui suggère impérieusement de cesser cette fréquentation. J'insiste cette fois sur le caractère de Mme L..., sur ses mœurs, qui font que sa compagnie ne convient pas à une jeune fille. Elle discute : « Mme L... est une femme honnête, mariée, mère de famille, qui ne lui a jamais dit de vilaines choses. »

Autre exemple : — « Qu'avez-vous fait hier dans la journée ? » — « Tu m'ennuies. » — « Parlez, je le veux. Qu'avez-vous fait ? » — « Je ne le dirai pas. » — « Je vous ordonne de me le dire. » — « Non ! non ! » Après quelques secondes, elle se met à parler seule : — « Je ne l'ai point vue, Mme L..., je ne la verrai pas, puisqu'ils me l'ont défendu. » Puis elle se met à parler de sœur O..., de ses exigences, de ses yeux pas commodes ; puis du médecin, de l'interne ; relatant ce que les malades disent d'eux en s'amusant, et les plaisanteries dont ils sont l'objet. Ensuite elle dit quelle fera dire à sa cousine de venir lui parler, parce qu'elle ne veut pas écrire à son père. « On lit toutes les lettres. » — Pendant toute cette période, il nous est impossible d'entrer en relation avec elle, elle semble ne rien entendre. Enfin nous pouvons intervenir : — « Vous écrirez aujourd'hui à votre père. » — « Non ; on lit toutes les lettres ; je n'ai pas besoin qu'on sache mes affaires. » — « Vous écrirez, je le veux. » — « Bien sûr que non ; je n'écrirai pas. » — « Je l'ordonne ! » — « Je l'ordonne ! je l'ordonne... J'ai bien vu hier qu'on a lu la lettre à Clémentine. On dit que c'est parce qu'elle ne sait pas lire !... C'est pour savoir ce qu'il y a dedans. » — « Vous écrirez, cachèterez la lettre, et la remettrez vous-même au facteur. » — « Le facteur ! des bêtises. » — « Vous le reconnaîtrez à sa casquette. » — (Tournant la conversation) « D'ailleurs mon père n'est déjà pas si bon pour moi. » Nouvelle discussion, nouvelle

©BIUM

injonction d'écrire, même résistance. On la réveille en lui soufflant sur les yeux. »

Abandonnée à elle-même, l'hypnotisée se met à délirer, et ce délire est absolument la reproduction de celui qu'on a observé dans l'accès de somnambulisme naturel. Il n'y a qu'une seule différence entre la crise somnambulique spontanée et la crise provoquée, c'est que la première a quelquefois lieu les yeux ouverts, ce qui ne s'est jamais produit pour la seconde.

« Endormie ce matin en quelques instants par la fixation du regard. Quelques spasmes comme hier, quelques mouvements de jactitation dans les mains et les bras; soupirs, grincements de dents. Quelques suggestions sont tentées. Un morceau de papier baptisé gâteau est mangé, mais trouvé mauvais. On lui fait oublier son prénom: elle s'appelle Marie. Nous essayons sans succès de la transporter dans un jardin, chez elle; elle n'obéit pas. Le lit près duquel on la mène n'est pas le sien, elle ne veut pas le reconnaître. Nous la ramenons sur sa chaise et la laissons en repos. Bientôt elle se met à parler à voix basse : — « Oh! la vilaine bête qui m'a fait peur sur la route! elle est toute noire... » Nous suggérons un chien; — « Oui, un chien... un chien noir... le chien de M. R..., médecin..., oh! le singe! oh! le monstre! » Elle répète ces deux mots avec des pauses, et reprend : — « Marie-Louise, ma petite Marie-Louise... je t'aime toujours !... tu es à Nantes, chez les bonnes sœurs.., tu es bien, tu es très bien... ton père ira te voir, moi aussi... J'irai à Nantes t'embrasser. Tu es bien mieux qu'à C..., où l'on disait tant de vilaines choses sur ton compte... Oh! les vilaines langues !... Et moi aussi, je veux retourner chez les bonnes sœurs, à Angers. J'écrirai à ma tante... j'étais bien, j'allais à confesse tous les quinze jours; quand je voulais... Je recevais des lettres; la supérieure disait : Tiens, Joséphine, voici une lettre de ta tante... ou de ta sœur; j'étais contente... je veux retourner... On n'avait pas dit que je ne retournerais pas quand on m'a ramenée; ce n'est que quinze jours après. Mais le curé m'a consolée ; j'allais à confesse aussi tous les quinze jours... Oh! la belle cérémonie, au mois de juillet! Je devais porter un des cordons de la sainte Vierge! Je n'y serai pas!... Oh! le monstre... reste donc où tu es, reste donc, vilain singe, plutôt que d'écrire des lettres de la gare de L... à Marie-Louise. Si ton frère qui est curé savait cela! il serait content!... Garde tes mauvais livres pour toi; ce n'est pas moi qui les lirai. »

©BIUM

« Nous lui demandons le titre de ces mauvais livres. Elle répond après quelque hésitation : « *C'est le miroir des âmes.* » Nous arrêtons son délire. Nous lui enjoignons de ne pas avoir de crise d'ici demain matin, et nous lui disons de compter jusqu'à 10 et de se réveiller à 5. — A 5 elle s'arrête, soupire, se frotte les yeux et finit par se réveiller le sourire aux lèvres, un peu étonnée des personnes qui l'entourent. »

Nous avons vainement essayé de supprimer par suggestion ses accès de somnambulisme spontané; nous n'avons jamais obtenu le moindre résultat. Nous avons aussi essayé de ramener les règles, absentes depuis trois mois, par le même moyen; elles sont en effet revenues, mais deux jours après l'époque assignée.

« Le 30 mai, nous suggérons à la malade hypnotisée d'avoir ses règles dans les quarante-huit heures. Le 1er juin, elle accuse beaucoup de coliques; mais rien n'est venu. La suggestion est réitérée. Dans les nuits suivantes, l'idée de la venue de ses règles la préoccupe beaucoup, elle en parle dans ses accès de somnambulisme, annonce que les questions sur ce sujet l'ennuient et qu'elle n'y répondra plus. Et de fait ce n'est que par hasard qu'on s'aperçoit le 5 juin qu'elle est dans la période menstruelle dont le début, de son propre aveu, remonte à la nuit du 2 au 3 juin. » Depuis, les règles ont toujours été régulières.

Nous avons sans résultat cherché à vaincre une constipation datant de quinze jours.

« Endormie, je lui suggère d'aller à la selle avant midi. La suggestion n'a pas réussi. Endormie de nouveau le lendemain, elle déclare avoir eu hier à midi de très fortes coliques. Nous lui donnons un verre d'eau baptisé purgatif énergique, avec injonction nouvelle d'aller à la selle avant midi. Les coliques reviennent très fortes à l'heure indiquée, mais ne sont suivies d'aucun effet. Il fallut en venir au purgatif véritable. »

Il y a une complète liaison entre les deux états somnambuliques, de telle sorte qu'elle se souvient dans le sommeil provoqué de ce qu'elle a dit et fait dans le sommeil spontané, et inversement.

Remarques. — Joséphine F... est une hystéro-épileptique. Elle possède les stigmates de la grande hystérie, et ses crises, bien qu'elles ne soient pas calquées sur le modèle classique, n'en sont pas moins composées

©BIUM

d'éléments fixes, qui relèvent de la symptomatologie propre à la grande névrose. Elle a eu à un moment donné de grandes attaques convulsives ; elle a à diverses reprises, sous nos yeux, des attaques de contracture accompagnées de crises gastralgiques, dyspnéiques et laryngées, et d'accès délirants bien caractérisés, ensemble qui, selon M. P. Richer (1), constitue une variété de la grande attaque d'hystérie. Enfin, elle présente ces singuliers accès de délire somnambulique sur lesquels nous reviendrons tout à l'heure et qui portent bien manifestement l'empreinte de la grande névrose.

Pour en finir avec tout ce qui n'a pas trait au somnambulisme, disons que le traitement, basé sur les indications fournies par la métalloscopie, semble avoir donné des résultats favorables. Les crises se sont espacées et ont fini par devenir rares et bénignes, les stigmates hystériques se sont progressivement atténués. Mais la malade est sortie avant la disparition complète des accidents, de sorte qu'une rechute n'a pas tardé à se produire. Une plus longue durée de traitement aurait-elle pour effet de consolider la guérison et de la rendre durable ? L'expérience des neurologistes autorisés se prononce pour la négative. Nous avons publié (2), il y a quelques années, un cas de guérison d'hystéro-épilepsie obtenu précisément par l'oxyde de zinc, guérison dont nous avons pu pendant quelques mois constater la durée ; puis nous avons perdu la malade de vue, de sorte que son sort ultérieur nous est inconnu. Quoi qu'il en soit, le traitement métallothérapique, ne dût-il avoir d'autre résultat que de procurer un soulagement

(1) P. Richer. *Etude clinique sur la grande hystérie*, Paris, 1885.

(2) A. Cullerre. Emploi de la métallothérapie dans un cas d'hystérie convulsive et vésanique. (*Annales médico-psychologiques*, 1880.)

©BIUM

momentané aux malades, mériterait d'être toujours essayé. Nous ne sommes guère plus heureux avec l'épilepsie qu'avec l'hystérie, ce qui ne nous empêche pas d'administrer des kilogrammes de bromure de potassium pour n'obtenir dans la plupart des cas qu'un résultat incomplet et éphémère.

Nous arrivons maintenant aux attaques de somnambulisme spontané, le plus curieux phénomène de Joséphine F... Il ne s'agit pas de noctambulisme simple, mais de *rêve*, de *délire somnambulique*, se reproduisant toujours avec les mêmes caractères, la même marche, les mêmes particularités délirantes. Cet enchevêtrement d'un double délire, l'un fixe dans la forme et dans le fonds, composé des mêmes hallucinations, des mêmes idées terrifiantes ; l'autre mobile au moins dans la forme, roulant sur les préoccupations journalières de la malade, ne semble, en définitive qu'un mélange des troisième et quatrième périodes de la grande attaque d'hystérie, telle que la décrit l'école de la Salpêtrière.

Le caractère du délire de la troisième période ou *période des attitudes passionnelles*, est en effet, selon M. P. Richer, de se reproduire d'une façon toujours identique à lui-même. Ce sont les mêmes hallucinations, les mêmes conceptions délirantes, rappelant le plus souvent les événements qui, par l'émotion vive qu'ils ont procurée à la malade, ont déterminé l'explosion de la première attaque. Ce sont précisément les caractères du délire fixe de Joséphine F... Un chat, un chien, et plus tard un individu dont nous n'avons pu démêler exactement le rôle vis-à-vis de la malade, lui ont causé une vive frayeur : ils reviennent tour à tour l'assaillir dans son rôle somnambulique.

La quatrième période de l'attaque hystérique, d'après le même auteur, est constituée par un délire de mémoire, et porte sur les événements qui ont marqué la vie des

©BIUM

malades. Dans le cas actuel, le délire mobile de Joséphine a bien ces caractères. Il roule tantôt sur les événements passés de son existence, tantôt sur les plus récents ; sur ceux qui ont le plus frappé son esprit ou ébranlé sa sensibilité dans les jours précédents.

On serait donc tenté au premier abord de ne voir dans les singuliers accès de Joséphine F... qu'une variété de l'attaque hystérique. Cependant elles en diffèrent par un symptôme fondamental qui est spécial au somnambulisme : *l'amnésie complète au réveil.* Après la crise hystérique ordinaire, en effet, la malade conserve le souvenir de ses hallucinations.

Une particularité assez curieuse, c'est l'absence complète, chez Joséphine, de zones hystérogènes, malgré l'existence d'autres stigmates hystériques. La compression des ovaires eux-mêmes n'a jamais pu ni déterminer ni suspendre un accès somnambulique, qu'il fût *spontané* ou *provoqué.*

Car le sommeil hypnotique que nous provoquons chez Joséphine est absolument identique au somnambulisme qu'elle éprouve spontanément. Nous l'avons endormie une centaine de fois, peut-être, par les procédés les plus divers, et jamais nous n'avons obtenu autre chose qu'un état somnambulique avec yeux fermés.

La malade a été réfractaire à toute éducation hypnotique ; jamais le temps nécessaire pour obtenir le sommeil — une à deux minutes — n'a été abrégé d'une façon sensible ; jamais, bien qu'il existât un certain degré d'hyperexcitation neuro-musculaire, il n'a été possible de produire chez elle ni catalepsie, ni phénomènes cataleptoïdes ; jamais enfin il ne s'est produit de léthargie.

Ce cas ne rentre donc dans aucune des trois formes du sommeil hypnotique décrites par le professeur Charcot; cependant on y trouve des caractères soma-

©BIUM

tiques fixes, qui ne sauraient être attribués à l'influence de la suggestion, qui d'ailleurs n'a que peu de prise sur la malade.

MM. Grasset et Brousse viennent de publier dans les *Archives de neurologie* (1) un cas assez analogue au nôtre, surtout en ce que le sommeil hypnotique obtenu ne différait en rien des attaques de sommeil spontané. Ne pouvant le placer dans la classification de M. Charcot, ils proposent de créer un nouveau groupe, groupe à leur avis très naturel, très précis, et dont les exemples sont plus nombreux qu'on pourrait croire : « le groupe des hystériques hypnotisables qui, dans leur sommeil provoqué, reproduisent simplement et fidèlement dans tous leurs traits, leurs attaques antérieures de sommeil spontané. » Nous nous rangeons d'autant plus volontiers à cette manière de voir que nous n'avons jamais, chez notre malade, obtenu autre chose que la reproduction d'une partie de son hystérie spontanée.

Dans l'analyse que nous avons faite récemment pour les *Annales* (2) du livre de M. Bernheim sur la suggestion, nous avons fait des réserves formelles sur l'omnipotence que l'auteur attribue à cet agent. Que son rôle soit absolument exclusif dans l'hypnotisme des sujets sains, cela est possible et même probable ; mais il est assurément beaucoup plus restreint chez les hystériques. Chez Joséphine en particulier, l'influence de la suggestion a été si minime, qu'en aucun cas elle ne nous a donné de résultat complet. Chez cette fille si facile à endormir par tous les procédés physiques, nous n'avons jamais pu obtenir le sommeil par simple injonction. Chaque fois que nous avons voulu lui imposer une manière d'agir contraire à ses propres impulsions, nous

(1) *Histoire d'une hystérique hypnotisable.* In *Archives de neurologie*, octobre 1887.
(2) *Annales médico-psychologiques*, novembre 1887.

©BIUM

avons échoué. A aucun moment nous n'avons pu constater l'efficacité des suggestions répétées que nous lui avons faites dans le but de suspendre ses accès somnambuliques spontanés. Si nous avons obtenu quelques modifications organiques de nature suggestive, elles ont été incomplètes : ainsi pour les règles, qui ne sont survenues que deux jours après l'époque fixée ; ainsi pour la constipation qui n'a pu être vaincue malgré les coliques éprouvées par la malade.

Nous pouvons dire, en un mot, que Joséphine F... s'est montrée peu sensible à la suggestion et entièrement réfractaire à toute éducation hypnotique. Peut-être est-ce dû en partie à ce que, sujet absolument neuf, n'ayant jamais fréquenté les hôpitaux, n'ayant jamais été en contact avec d'autres hystériques, ignorant de l'hypnotisme et le mot et la chose, elle n'a subi dans cet ordre d'idées aucune attraction vers l'imitation, sentiment dont elle est assurément susceptible, ainsi que l'indique bien l'empire singulier qu'une de ses compagnes, cependant aliénée, a eu sur elle pendant quelque temps ; et cet autre détail significatif : une malade nouvelle dans le service ayant manifesté des idées de suicide, Joséphine presque immédiatement devint triste, cessa de manger, annonça qu'elle avait envie de mourir, et demanda qu'on lui donnât du poison pour en finir avec la vie. D'autre part, son caractère revêche et irrésistiblement porté à la contradiction l'a sans doute mise en garde contre l'influence que nous cherchions à exercer directement sur elle, sans son propre aveu (1).

(1) Actuellement (septembre 1888), Joséphine, débarrassée depuis plusieurs mois de toute crise hystérique ou somnambulique, remplit les fonctions d'infirmière à l'asile.

©BIUM

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
FOLIE COMMUNIQUÉE
(DÉLIRE A TROIS)

Par M. le Dr PAGÈS
Médecin adjoint de l'asile de La Roche-Gandon (Mayenne).

Les observations de folie communiquée sont encore peu nombreuses. Il est vrai qu'il n'y a pas longtemps que ce délire, en partie double ou multiple, a trouvé place dans le cadre nosologique. Quelques faits isolés de folie similaire, avaient bien été signalés par MM. Baillarger, Moreau (de Tours), Dagonet et Maret ; mais ils n'en avaient tiré aucune conséquence, et ne les avaient pas désignés par une dénomination commune.

Ce furent MM. Lasègue et Falret, et presque en même temps Legrand du Saulle, qui, en 1873, traitèrent de ce délire qu'un aliéné communique à une autre personne, et le désignèrent sous le nom de folie à deux.

Plus tard, M. Régis, dans une brochure publiée en 1880, cita plusieurs exemples de folie à deux, les analysa avec soin et sembla partager les conclusions admises par ses prédécesseurs.

Nous n'avons pas la prétention de contester ni d'étayer cette nouvelle entité psychique par des éléments nouveaux ; mais l'observation que nous avons eu l'occasion de recueillir à la Roche-Gandon, nous a paru présenter un certain intérêt, en ce sens qu'elle semble ré-

©BIUM

sumer, à elle seule, les conclusions admises jusqu'à ce jour sur la folie communiquée : c'est à ce titre que nous la publions.

SOMMAIRE. — Délire à trois. — Le même chez la mère et ses deux filles. — D'abord folie des persécutions. — Plus tard compliquée de mégalomanie. — La plus jeune des filles est l'élément actif et la plus malade. — Amélioration de sa sœur et guérison de leur mère.

Au mois d'avril 1883, une fille exaltée arrêtait, en pleine rue de Laval, le lieutenant T... en garnison dans cette ville. Après lui avoir reproché vivement d'intercepter une robe à son adresse et de lui retenir des papiers importants, elle se retira en faisant des menaces. Peu de jours après, même scène.

Un mois à peine s'était écoulé, cette fille aborda de nouveau le lieutenant ; cette fois, elle était accompagnée d'une autre personne presque aussi exaltée qu'elle : c'était sa sœur. Toutes deux firent les plus vifs reproches à l'officier, l'accusèrent de détenir des obligations de l'*Union générale*, lui dirent qu'il s'était approprié des titres de noblesse leur appartenant et à à l'aide desquels il s'était fait couronner comte de Vienne. M. T... qui, jusqu'à ce moment, avait cru à une mystification ou à une erreur de personne à son adresse, comprit qu'il avait affaire à deux aliénées ; aussi, pour se débarrasser de ces personnes peu courtoises, eut-il recours à la police.

A partir de ce moment, T..., comme il le dit lui-même dans son rapport, put jouir, pendant quelque temps, d'une tranquillité relative, car toutes ses rencontres avec ces filles se bornaient habituellement à des regards courroucés ou à des gestes menaçants de la part de ces aliénées.

Plus tard, au mois de décembre 1883, les filles M... recommencèrent de plus belle. A ces deux insensées s'en était jointe une troisième, qui n'était autre que leur mère. Toutes trois se mirent après le même officier, lui réclamant leurs titres, lui adressant des injures et l'accusant de leur envoyer des bandits pour les tuer, etc.

Le lieutenant, fatigué de ces poursuites et du scandale qui durait depuis huit mois, adressa une plainte au procureur de la République, laquelle eut pour résultat l'arrestation de ces trois femmes, qui furent conduites à l'hôpital de Laval. Là,

©BIUM

reconnues pour être aliénées, on les envoya à l'asile de Mayenne.

La famille M... appartient à la classe ouvrière. La mère est tisseuse. Le père, mort en 1880, était journalier. Cet homme avait toujours mené une vie très irrégulière : paresseux, bizarre, courant les femmes, etc. De là de nombreuses scènes de famille et, enfin, séparation volontaire d'avec sa femme.

De cette union étaient nés cinq enfants, quatre filles et un garçon. Deux filles moururent en bas âge, l'une à un an et l'autre à six. Le garçon mourut phtisique à dix-huit ans.

Les deux filles qui restent, Clémentine et Françoise, quarante-cinq et quarante-trois ans, n'ont jamais eu de maladies graves et nous ne leur connaissons pas d'antécédents héréditaires proprement dits ; leur conduite paraît avoir été assez régulière. Elles ont toujours vécu ensemble et leurs intérêts étaient en commun. Après avoir travaillé longtemps comme ouvrières lingères, elles s'établirent dans la même partie pour leur propre compte, firent quelques économies, achetèrent différents titres de rente, et enfin, placèrent presque tout leur avoir sur l'Union générale. Leurs obligations montèrent rapidement, et ces deux filles se voyant en peu de temps à la tête de quinze mille francs environ, se crurent riches, et sur les instances de Françoise se retirèrent du commerce pour vivre en rentières. Ce fut surtout à cette époque qu'elles donnèrent des signes non équivoques d'aliénation mentale. La maladie fit, en peu de temps, de rapide progrès. Françoise se mit à lire des journaux financiers dont elle entretenait continuellement sa sœur, lui faisait part de ses impressions et lui indiquait le moyen de grossir rapidement leur fortune. Celle-ci, d'un caractère facile, écouta servilement sa sœur, qu'elle prenait pour un oracle, épousa entièrement ses idées et n'essaya même pas de les contrôler. Françoise avait de tout temps, il faut le dire, dominé cette dernière, qui ne soupçonnait pas que sa sœur pût se tromper.

La déconfiture de l'Union générale acheva l'œuvre déjà commencée. Les idées mégalomaniaques de ces deux sœurs, greffées sur un fond de délire des persécutions, se systématisèrent et, quoique Françoise semblât précéder sa sœur dans la voie du délire, celle-ci la suivait de près. Toutes deux crurent avoir gagné le lot de cent mille francs avec un magnifique château auquel était attaché le titre de comte de Vienne. Sous l'empire de ces idées, les deux sœurs partirent pour Lyon,

©BIUM

siège de l'Union générale, avec l'intention de rentrer au plus tôt en possession de leur fortune et de leur titre de noblesse. Elles prétendent qu'à leur arrivée dans cette ville, elles virent un officier, ressemblant exactement à celui de Laval et ayant le même grade, sortir de la banque; c'était, disent-elles, son correspondant et ami. Il avait, d'après elles, reçu l'ordre d'aller réclamer leur fortune.

Nous ignorons leurs aventures pendant leur séjour dans cette ville. Ce que nous pouvons dire, c'est qu'elles prirent un wagon de seconde classe et que leur voyage s'effectua en sept ou huit jours. Elles passèrent par Paris sans s'y arrêter.

Lorsque ces filles cessèrent leur commerce pour aller vivre de leurs rentes dans un quartier plus aristocratique, leur mère voulut conserver son ancien logement, disant qu'elle se trouvait plus près de son atelier et que là ses relations étaient plus en rapport avec sa condition. Tous les jours cependant et même plusieurs fois par jour, elle allait voir ses filles, partageait en tout point leurs idées, les admirait et se montrait fière de leur position. Ses intérêts néanmoins étaient séparés, car elle avait quelques épargnes en son propre nom. Nous savons comment arriva leur séquestration. Ce fut le 30 décembre 1883 que nous les reçûmes à l'asile.

La mère, soixante-sept ans, de petite taille, assez bien conformée; sa mise est convenable mais sans recherche. Elle se présente avec assurance et d'un air dégagé; son attitude reflète une certaine indépendance mêlée d'indignation. Sa figure est expressive et animée; sa parole est brève et saccadée. Sans trop oser s'expliquer, elle laisse échapper quelques menaces contre leurs persécuteurs : « Nous sommes aliénées, dit-elle ironiquement, on le verra bien. »

Clémentine est brune, de taille moyenne, sa figure régulière mais peu expressive ; sa mise est élégante et d'assez bon goût. En entrant à l'asile, elle regarde autour d'elle, cherchant à se rendre compte de ce qui se passe, et de la maison où elle se trouve. Elle se montre timide, réservée et sobre de paroles.

Françoise est la plus jeune. Elle est petite, maigre, sa figure est mobile et expressive ; ses yeux sont vifs et intelligents. Elle parle avec assurance et conviction, aborde sans hésiter l'histoire de leurs aventures qu'elle raconte avec animation. C'est d'ailleurs elle qui prend la parole au nom de sa mère et de sa sœur qui l'approuvent en silence.

©BIUM

Notre premier devoir est de séparer ces trois malades, en les envoyant dans trois quartiers différents ; elles s'y prêtent d'assez bonne grâce; cependant, sur leur demande, il est accordé aux deux sœurs de prendre en commun le repas du soir.

Le lendemain et les jours suivants, nos trois malades sont interrogées séparément. Elles racontent avec très peu de variantes à peu près la même chose et dans les mêmes termes.

Un officier de Laval voulait, dit la mère, épouser la plus jeune de mes filles, mais il exigeait qu'elle lui fît donation de toute sa fortune. Déjà à l'aide des titres que ma fille a gagnés, il s'est fait couronner comte de Vienne. En ville on ne l'appelle plus que de ce nom.

Clémentine répond timidement et fait des réticences communes aux malades atteints du délire de persécution. A Laval, dit-elle, tout le monde crie dans les rues que ma sœur se marie, mais le lieutenant qu'elle doit épouser se conduit mal, et on se demande si ma sœur voudra le prendre. A chaque demande, elle dit : Demandez à Laval ; ceci s'est passé après notre voyage à Lyon.

Françoise raconte volontiers leurs aventures. « J'ai vu plusieurs fois le lieutenant, dit-elle, mais jamais je n'ai voulu avoir de relations avec lui ; ma mère me disait: marie-toi, au moins j'en aurai une d'établie. Ma sœur, de son côté, m'engageait à le prendre. Nous vivrons ensemble comme trois frères, me disait-elle. Grâce à son titre, il s'est fait couronner ; mais s'il ne se marie pas, il ne sera plus comte. Il a écrit à un de ses amis que nous avons vu à Lyon, de s'occuper de nos titres. Notre officier est appelé par tout le monde prince d'ici ... ; prince de là ... pour nous il est comte de Vienne. C'est précisément ce qui fait des jaloux et on a voulu l'empoisonner. Il est d'ailleurs trop généreux, car il veut donner quarante mille francs aux officiers du régiment et mille francs à chaque sous-officier. L'obligation qui nous a valu cette fortune, dit-elle, était au nom de ma sœur, mais le titre de noblesse est divisible. Ma sœur, elle aussi, est comtesse de Vienne. » Françoise fait encore différents récits suggérés par son imagination maladive.

Un épicier, qu'elle désigne, est volé par son caissier et elle entre dans des détails invraisemblables.

Pendant quatre ou cinq jours le délire de ces trois malades fut assez expansif ; mais après avoir obtenu l'autorisation de se voir et de s'entretenir quelques instants ensemble, il s'opéra une transformation subite dans leur langage, et, dans la suite,

©BIUM

lorsqu'on leur parlait du lieutenant et de leur titre de noblesse, leurs réponses étaient évasives, et les mêmes chez les trois : « Que voulez-vous que je vous dise?... Vous le savez aussi bien que nous .... Demandez à Laval, etc... »

La mère, sous prétexte de se rendre utile dans l'intérieur de l'asile, passait devant les croisées des salles où étaient ses filles, leur faisait des signes, ou, si elle le pouvait, allait leur dire quelques paroles à la dérobée, toujours de manière à n'être entendue que par elles ; mais on voyait que le mot d'ordre était donné le plus souvent par Françoise qui, cependant, était la première à se trahir en laissant échapper quelques paroles compromettantes se rapportant à son délire.

Si on interrogeait la mère sur ce qui s'était passé, elle répondait n'avoir rien dit de ce qu'on lui reprochait, et il était facile de voir qu'elle avait pris le parti de tout nier. Le mensonge lui coûtait moins que l'aveu d'avoir été crédule.

A la fin de mars 1884, sur les instances d'une cousine de ces filles, M. Reverchon, alors directeur-médecin de l'asile, demanda la sortie de Clémentine; mais avant de quitter l'établissement, Françoise et sa mère lui firent la recommandation de ne pas leur écrire, de crainte de les compromettre et de retarder ainsi leur mise en liberté.

Quelques jours après la sortie de Clémentine, nous exhortâmes Françoise et sa mère à lui écrire, leur faisant comprendre qu'il n'était pas naturel de se montrer aussi indifférentes au sujet de ce qui se passait chez elles. Françoise, après avoir consulté sa mère, écrivit à sa sœur cette lettre on ne peut plus laconique : « Notre mère désire te voir. » Signé : Françoise.

Deux jours après, Clémentine se rend à cette invitation. L'entrevue fut un peu mystérieuse et on voyait que la présence de témoins les gênait considérablement. Le sujet de leur délire fut néanmoins bientôt entamé entre les deux filles, tandis que la mère gardait le silence et semblait redouter de les voir aborder cette question. « Depuis ma sortie, dit Clémentine, j'ai vu plusieurs fois le lieutenant. Il a l'air courroucé contre moi, il veut se venger. Une fois même, je l'ai aperçu de ma croisée, il est entré dans notre maison, mais il s'est arrêté à moitié escalier et a rebroussé chemin. Je l'ai vu sortir, il était furieux. » Ceci était dit avec animation et conviction. « Lorsque ma mère et ma sœur seront sorties de l'asile, nous dit-elle à nous-mêmes, si on continue à nous persécuter, nous irons habiter Paris. »

©BIUM

Le 12 juin, la mère M... fut mise en liberté. Françoise, restée seule à l'asile, se montra moins réservée, et il suffisait de la mettre sur la voie pour lui faire aborder le sujet de son délire. Françoise était assurément la plus malade des trois, et la résistance que sa mère avait dû opposer à ses conceptions délirantes lui avait valu quelques reproches de sa fille, car celle-ci nous disait quelquefois : « Notre mère a bien changé. Depuis qu'elle est bonne femme, (c'est-à-dire depuis sa ménopause), elle est devenue difficile et très originale. »

Françoise quitta l'asile le 6 juillet; M. le préfet la fit sortir d'office.

J'avais perdu de vue cette famille, lorsqu'au mois de juin 1888, j'ai eu l'occasion de voir les deux sœurs. Elles habitent toujours Laval. Leur mère est morte depuis 18 mois environ. Les deux filles ont encore des idées de persécution. Elles sont moins apparentes chez Clémentine, mais très vivaces chez Françoise. Elles habitent ensemble, ne voient personne de crainte de se compromettre, mènent une vie entièrement oisive, dépensant les quelques ressources qui leur restent encore.

Chez Françoise, au milieu d'idées de persécution on distingue quelques idées érotiques. Elle prétend que le lieutenant s'occupe toujours d'elle. Il y a encore peu de temps, en passant près d'elle en compagnie de son ami, elle l'aurait entendu lui dire : « Salope. »

Leur ayant demandé ce qu'elles feront lorsque leurs ressources seront épuisées, Françoise se hâte de répondre : « Moi, je me ferai entretenir par un bon-homme. »

Lorsqu'on les interroge sur leur titre de noblesse, elles refusent de répondre à ces questions et changent de conversation.

Les voisins de ces filles, qui ne les connaissent que de vue, ont cependant remarqué chez elles certaines bizarreries. Ainsi, elles ne sortent jamais en même temps de leur maison. Clémentine précède toujours Françoise de quinze pas environ, et ce n'est que lorsqu'elles sont loin du quartier qu'elles habitent, qu'elles se réunissent pour marcher ensemble. Lorsque Françoise va prendre de l'eau à une borne située un peu au-dessus de leur habitation, au lieu de revenir directement chez elle, elle ne manque jamais d'aller passer sur le trottoir d'en face, doublant ainsi, ou peu s'en faut, la distance qu'elle a à parcourir.

Clémentine est plus réservée, moins expansive dans ses

©BIUM

paroles, mais on voit qu'elle est encore dominée par sa sœur, dont elle partage, du moins en partie, les idées délirantes.

Si on n'envisage que les faits en eux-mêmes, si on considère seulement des cas de folie se manifestant chez deux ou trois malades d'une même famille, l'observation qui précède peut paraître un peu longue et surchargée de détails inutiles ; mais nous nous sommes placé à un autre point de vue, et avons essayé de rechercher l'origine, les causes et la marche d'un délire similaire se manifestant chez deux sœurs, tandis que chez une troisième personne, c'est-à-dire la mère, le délire n'a été qu'ébauché et ne paraît pas avoir franchi les limites de la crédulité. A ce titre, on nous pardonnera, je l'espère, d'être entré dans quelques détails.

Je ne crois pas qu'il soit nécessaire d'insister, pour établir que le délire de nos malades ne peut être confondu avec les différentes névroses ayant régné épidémiquement en Italie, en Suède et même en Amérique. Il ne présente pas non plus les caractères que l'on a observés chez les aliénées de Loudun ou de Morzines ; chez ces malades, le délire était général et avait éclaté brusquement, tandis que dans le cas présent, le délire est partiel, sa marche a été plus lente et a nécessité un temps plus ou moins long pour qu'il ait pu s'organiser.

Si la folie communiquée se présente le plus souvent sous forme de délire des persécutions, c'est que ce délire est plus communicable, et qu'il a quelque chose, je pourrais dire de logique et de rationnel. Les éléments qui le constituent se trouvent dans la vie commune et à la portée de tout le monde. Ce délire, comme l'ont fait remarquer Morel et Ach. Foville, se complique le plus souvent de mégalomanie. C'est effectivement ce qui s'est passé chez nos malades. Après avoir été les victimes de leurs voisins, après avoir accusé un militaire de les voler,

©BIUM

elles croient être arrivées à la fortune et avoir acquis un titre de noblesse.

La folie communiquée, ou plutôt son mode d'existence, présente une certaine analogie avec la folie morale. L'une et l'autre sont le résultat d'une éducation, sinon primitive, du moins secondaire, anormale. Elles proviennent de la fréquente répétition d'actes produisant d'abord une légère impression, arrivant peu à peu à laisser des traces profondes, et enfin à creuser un sillon difficile à faire disparaître.

Dans les cas de folie communiquée, s'il n'est pas absolument nécessaire que la personne qui arrive à partager les idées délirantes d'un aliéné soit un héréditaire, c'est-à-dire une personne prédisposée au développement des affections nerveuses, il paraît du moins indispensable qu'il se trouve chez elle une certaine faiblesse morale n'opposant qu'une résistance relative aux suggestions de celle qui l'entraîne dans une fausse voie. Il est possible, il est même probable que dans certains cas, l'élément passif, même avec une certaine prédisposition à devenir aliéné, eût échappé à la maladie s'il se fût trouvé dans des conditions autres et plus favorables, s'il eût été soustrait au foyer pathologique qui lui a été fatal.

Dans les cas de folie communiquée, le délire, du moins dans les premiers temps, est peu étendu et ne roule que sur un ou deux ordres d'idées; mais c'est précisément à ce mode de procéder que le délire doit d'être communicable. Si l'élément passif se trouvait tout à coup en présence d'un délire général, frappé tout d'abord par de tels troubles mentaux, des doutes ne tarderaient pas à surgir dans l'esprit de l'intéressé qui, se tenant sur la défensive, ferait en sorte de réagir pour remonter le courant qui l'entraînerait.

Parmi les causes qui semblent avoir concouru à pro-

©BIUM

duire la folie chez les femmes M... je placerai en première ligne l'hérédité. On peut m'objecter de vouloir m'appuyer sur des antécédents que j'ai sinon niés, que du moins je n'ai pu établir, puisqu'on ne connaît pas d'aliénés dans la famille. D'ailleurs, en admettant que la mère l'ait été, sa maladie a été moindre que celle de ses filles. A cela je répondrai que l'hérédité ne suppose pas toujours des aliénés parmi les ascendants. Cette assertion semble paradoxale, cependant l'expérience prouve que rien n'est plus vrai.

Qui n'a vu de ces personnes se faisant remarquer par leur originalité, leurs bizarreries, leurs excentricités et qu'on désigne sous le nom de toquées, de timbrées? On s'accorde généralement à dire : tel et tel ne sont pas comme tout le monde, il leur manque quelque chose, mais personne ne songe cependant à les faire enfermer dans un asile ; leur conduite d'ailleurs est bonne, ils réussissent dans leurs entreprises, ont du talent et certaines facettes brillantes, quelques-uns occupent des situations élevées. Eh bien, l'expérience prouve qu'il n'est pas rare de trouver des aliénés parmi leurs descendants.

Si un membre de la famille peut, à lui seul, léguer à ses enfants ce triste héritage de la folie, à plus forte raison lorsqu'il se trouve une tare chez les deux conjoints. Or, nous constatons ici plusieurs facteurs. Le père était bizarre et la mère au moins très nerveuse. D'ailleurs l'ivrognerie, chez le premier, ne suffirait-elle pas pour justifier notre assertion? L'alcoolisme n'est-il pas une des principales causes de transmission de l'aliénation mentale?

La seconde cause de folie similaire, chez ces deux filles, se trouve dans l'éducation et la vie en commun. Nées dans les mêmes conditions sociales, nourries dans les mêmes idées morales, qu'elles aient été insuffisantes ou

©BIUM

exagérées, religieuses, sceptiques ou superstitieuses, peu importe, les sentiments, les désirs ont reçu la même impulsion, et la vie en commun les a entretenues et fortifiées dans cette même voie. Il s'est établi entre ces deux sœurs un échange d'idées, un rayonnement qui les a en quelque sorte placées à la même température intellectuelle et morale.

L'intérêt commun est ensuite venu fortifier et cimenter en quelque sorte ces deux volontés qui n'en faisaient pour ainsi dire qu'une. Chez ces deux filles se trouvaient les mêmes volitions, les mêmes craintes, les mêmes espérances ; alors, qu'y a-t-il d'étonnant à ce que des idées fausses d'abord, délirantes ensuite, se soient communiquées de l'une à l'autre, aient pu prendre racine et grandir sur un terrain admirablement préparé à les recevoir ?

Il est vrai que Françoise et Clémentine ont un caractère bien différent et complètement opposé. L'une est vive et un peu exaltée, tandis que l'autre est douce, réservée et même un peu timide ; mais cette différence de caractère, loin d'être un obstacle aux bonnes relations et à la bonne entente, n'a fait que favoriser leur union. Dans la vie morale comme dans le monde physique, ne faut-il pas qu'une aspérité, qu'une saillie trouve un enfoncement, une dépression qui lui corresponde et puisse s'y emboîter ?

Si chez la mère le délire est incomplet, s'il n'a pas eu le temps de pousser de profondes racines et de s'organiser, cela tient à ce qu'elle vivait d'une vie à part et n'habitait pas avec ses filles. Sans doute elle les voyait souvent, une et même plusieurs fois par jour, mais elle trouvait au dehors une dérivation qui rompait l'enchaînement des idées communes avec ses enfants. Sa bonne foi fut cependant surprise. Son imagination bercée par une perspective inespérée, son cœur

©BIUM

de mère séduit par le rêve des honneurs et de la fortune qui semblait sourire à ses filles fut entraîné sur un terrain peu solide, mais la séquestration suffit pour dissiper ses illusions, dessiller ses yeux et lui faire apercevoir la triste réalité.

©BIUM

DEUX CAS
DE
PARALYSIE GÉNÉRALE
AVEC AUTOPSIE
CHEZ DES IMBÉCILES

Par M. le Dr L. F. ARNAUD,
Interne des asiles de la Seine.

Dans un travail que la Société médico-psychologique a récompensé, en lui attribuant le prix Esquirol, j'ai rapporté un grand nombre de cas de paralysie générale observés dans un milieu social intellectuellement inférieur, et j'ai cru pouvoir en tirer cette double conclusion, qu'au moins en ce qui concerne la région de la Seine, 1° *le nombre des cas de paralysie générale, chez l'homme, augmente progressivement;* 2° *qu'une des causes de cette augmentation réside dans l'extension de la maladie à une catégorie de sujets* (classes ouvrières) *considérés par la grande majorité des auteurs comme moins atteints;* d'où cette conséquence que la part a été faite trop grande, dans l'étiologie de la paralysie générale, aux fatigues d'ordre *purement cérébral:* travaux intellectuels, chagrins, ambition, etc.

Comme suite naturelle à cet ordre d'idées, je citerai deux observations, recueillies dans les services de mes excellents maîtres, M. le Dr Vallon et M. le professeur Ball, de paralysie générale chez des imbéciles, pour

©BIUM

lesquels, certes, il serait difficile d'invoquer un surmenage cérébral quelconque. Je ne prétends pas tirer de ces faits des conséquences qu'ils ne comportent aucunement ; mais enfin, ils démontrent jusqu'à l'évidence que le processus morbide d'où résulte la périencéphalite interstitielle est parfaitement compatible avec un fonctionnement minimum des centres intellectuels.

Cette croyance, que les cerveaux confinant à l'imbécillité sont indignes de s'élever jusqu'à la paralysie générale, n'aurait-elle pas influé sur la rareté des observations analogues à celles-ci?

S'il est vrai que l'on ne trouve que ce que l'on cherche, l'explication est au moins plausible.

Quoi qu'il en soit, il existe dans la science très peu de ces observations. Morel cite un cas de paralysie générale chez un imbécile, en disant qu'il ne lui avait pas été donné d'en observer « jusqu'à ces derniers temps » ; — il n'y a pas eu autopsie. (Morel. *Traité des maladies mentales*, p. 584.)

Un autre fait a été publié par M. Christian, dans les *Annales médico-psychologiques* (janvier 1881). Dans ce cas, suivi d'autopsie, il était survenu un premier accès d'agitation maniaque ; puis, plusieurs attaques congestives. M. Christian se demande si ces attaques ont été la cause ou seulement l'effet de la maladie.

Un cas semblable a été signalé à l'auteur par M. A. Foville ; mais il n'a pas été publié.

Dans ma première observation, je relèverai, au point de vue étiologique, deux circonstances qui me semblent de nature à expliquer le développement de la maladie : la mère du malade était débauchée et elle buvait beaucoup.

Sachant combien les imbéciles et les idiots sont nombreux dans la descendance des alcooliques, c'est à cette cause que l'on peut rattacher la faiblesse cérébrale con-

©BIUM

génitale de L.... Sur ce cerveau ainsi préparé, le traumatisme intervenu en décembre 1886, cinq mois avant l'entrée du malade à l'asile, aurait été le point de départ de l'évolution de la périencéphalite; tout au moins a-t-il pu hâter sa marche.

Observation I.

Asile de Villejuif. — Service de M. Ch. Vallon.

SOMMAIRE. — Paralysie générale chez un imbécile. — Idées de satisfaction incohérentes — Diminution de la mémoire. — Actes déraisonnables. — Embarras de la parole. — Inégalité pupillaire. — Malformation céphalique. — Traumatisme crânien. — Mère alcoolique. — Autopsie.

L..., Emile, âgé de quarante-quatre ans, équarrisseur, entre à l'asile de Villejuif le 14 avril 1887, certifié « atteint de paralysie générale, avec affaiblissement des facultés », par MM. Garnier et Magnan.

Il a tellement l'aspect d'un imbécile que M. Vallon, dont j'étais alors l'interne, suspend son diagnostic jusqu'à plus ample informé, et note seulement dans son certificat immédiat l' « *affaiblissement intellectuel, avec malformation de la tête* et *difficulté de la parole* ».

Le certificat de quinzaine est nettement affirmatif et porte : « *Paralysie générale, pas de changement depuis l'entrée.* »

La femme et la sœur du malade nous ont donné des renseignements importants.

Antécédents héréditaires. — La *mère buvait beaucoup*, elle était *débauchée.* Elle serait morte d'un accident vers l'âge de cinquante ans. — Le *père* a disparu, désolé de l'inconduite de sa femme. — Une *sœur*, placée aux Enfants-trouvés, disparue également. — Une autre *sœur*, âgée de quarante-deux ans, est bien portante, mais paraît *un peu débile.* C'est d'elle que nous tenons les renseignements.

L... n'a jamais été intelligent. Il n'est jamais allé régulièrement à l'école, et ne s'est inquiété d'apprendre quoi que ce soit. Incapable d'exercer un métier qui aurait exigé quelque effort intellectuel, pour minime qu'il fût, il était employé chez un équarrisseur de Neuilly. C'est là, qu'en décembre 1886,

©BIUM

cinq mois avant son entrée, il a reçu un coup violent porté avec un os long sur le crâne; ce coup le laissa comme étourdi pendant quelque temps.

Il y a quelques semaines, on s'est aperçu que sa mémoire baissait.

Les certificats de la Préfecture et de Sainte-Anne parlent d'*idées ambitieuses* et d'*actes déraisonnables* dont nous n'avons pas eu connaissance.

A son entrée, au point de vue physique on nota la *petitesse du crâne*, légèrement *asymétrique*, et la *forme ogivale* de la voûte palatine.

16 *avril*. — L... se croit ici depuis trois semaines (il avait été envoyé au dépôt le 12 avril). Il est *content de tout;* il n'y a pas de maison comme celle-ci, on est très bien nourri; les lits sont excellents, les sommiers aussi. Satisfaction béate. La seule trace d'idée ambitieuse qu'on ait relevé est celle-ci : L... ne veut plus faire l'équarrisseur, il veut devenir *loueur de voitures*.

L'état physique est d'ailleurs assez bon; mais la force musculaire est amoindrie; la jambe droite est un peu raide.

Jusqu'au dernier moment il n'y a pas eu de modification, si ce n'est que l'état mental a baissé graduellement. L... parle peu, il se trouve toujours fort bien. Il dit avoir *vingt ans*, ne sait plus quel métier il faisait; cependant, il paraît se souvenir et répond affirmativement quand on lui demande s'il était équarrisseur.

L'embarras de la parole est extrême et caractéristique. Les pupilles sont très resserrées, surtout la droite qui est punctiforme. — L... est allé s'affaiblissant graduellement. Il est mort en mars 1888, à la suite de convulsions épileptiformes; il s'était formé des eschares au sacrum pendant les quelques jours qui ont précédé la mort.

Autopsie. — L'autopsie du crâne, faite par M. Terrien, mon successeur dans le service, a révélé les lésions suivantes :

Crâne : *Epaississement des méninges*; pie-mère opalescente. Nombreuses granulations le long de la grande scissure. Un liquide abondant s'écoule à l'incision de la pie-mère. *Adhérences de la pie-mère* au cerveau, étendues à la plus grande partie des lobes frontaux. *Ulcérations* et *ramollissement de la couche corticale* qui est d'une couleur gris rosé. Ventricules distendus par de la sérosité. — *Granulations épendymaires* très nettes, dans les ventricules latéraux comme sur le quatrième ventri-

©BIUM

cule. La substance blanche présente sur les coupes un pointillé hémorragique. — Aucune trace de lésion en foyer.

Observation II.

Asile Sainte-Anne. — Clinique des maladies mentales. Service de M. le professeur Ball.

SOMMAIRE. — Paralysie générale chez une femme de trente ans, imbécile. — Pas de délire appréciable. — Malformation crânienne. — Débauche, alcoolisme. — Tuberculose. — Autopsie.

R..., Noémie, âgée de trente ans, entre le 1er février 1887 dans le service de M. le professeur Ball, pour : « *imbécillité,* « *alcoolisme; hallucinations de la vue et de la sensibilité générale; gesticulation bizarre pour s'emparer d'animaux qu'elle* « *voit sur elle. Insomnie. Fille soumise.* » « Signé : Dr P. Garnier. »

Le Dr Pichon, chef de clinique, rédige le certificat immédiat suivant : « *Alcoolisme et débilité mentale. Insomnie, agitation.* « *Croit voir des bêtes, des insectes, sur ses vêtements. Hallu-* « *cinations de la sensilité générale. Malpropreté dégoûtante.* »

On manque de tout renseignement sur la famille et sur le passé de la malade. On sait seulement qu'elle est fille soumise, et les hallucinations zoopsiques, l'insomnie, mentionnées dans les certificats, indiquent des habitudes alcooliques.

A ce moment, personne dans le service n'avait songé, plus que M. Garnier, à la paralysie générale.

Au point de vue physique, Noémie présente une *microcéphalie* évidente; son crâne est nettement *asymétrique; la voûte palatine très ogivale.* La poitrine est très étroite; l'auscultation y fait entendre une respiration soufflante et quelques craquements au sommet droit.

La malade parle très peu, et on ne remarque chez elle aucune idée délirante.

En mars 1887, on note : *grincement des dents* très intense, presque continuel. Agitation; frappe parfois les autres malades. *Embarras de la parole.*

Avril 1887. — Engraisse beaucoup, gloutonnerie. Grincement toujours aussi intense. R... *ramasse* des bouts de papier, des peaux d'orange, des cailloux, etc.

A cette époque, en raison des troubles de la parole, du grin-

©BIUM

cement des dents, de la gloutonnerie et du ramassage, ou songe à la possibilité d'une paralysie générale.

A partir de janvier 1888, en qualité d'interne du service, je peux suivre la malade, que j'avais seulement entrevue jusqu'alors. Les phénomènes qu'elle présentait étaient les mêmes que ceux indiqués ci-dessus, mais plus accentués.

Janvier 1888. — Enorme embarras de la parole, qui n'est plus qu'un bredouillement. Impossible de la comprendre et de saisir une idée, délirante ou non. — Aspect hébété ; Noémie passe la plus grande partie de la journée sur sa chaise, à la même place. — Grincement des dents presque continuel. — Affaiblissement musculaire. — Moments de violence, frappe, mord les autres malades. — Quand on lui parle, elle rit niaisement.

10 *mars*. — Très faible, alitée.

13 *mars*. — Très affaiblie. — Hallucinations de la vue : Noémie fixe un point dans l'espace, en faisant des gestes de défense, et en bredouillant des mots inintelligibles. — Un peu de fièvre. — Pommettes colorées. — Souffle et râles muqueux des deux côtés de la poitrine, mais plus accentués au niveau du poumon droit.

20 *mars*. — Gâtisme. Eschares fessières pansées avec la poudre de charbon et d'iodoforme. La malade ne s'alimente qu'avec des liquides. Le grincement est aussi intense, mais moins fréquent.

22 *mars*. Même état avec fièvre plus marquée. Température axillaire, le soir, 39°. — *Inégalité pupillaire*.

28 *mars*. — Température axillaire 39° 2. — Râles sous-crépitants plus étendus. — Les eschares s'agrandissent. — Etat général très grave.

31 *mars*. — Faiblesse extrême. — 40° 1. — Grandes oscillations de la température.

La mort survient dans la nuit du 3 au 4 avril.

Autopsie. — *Crâne petit, asymétrique*, sutures ossifiées. Dure-mère épaissie. *Pie-mère opaline*, avec exsudats et suffusions sanguines, surtout à droite. *Adhérences très fortes*, très étendues, produisant, quand on enlève les méninges, *des ulcérations profondes*, surtout au niveau des lobes frontaux où la *couche corticale* est *extrêmement ramollie* et amincie. — *Crêtes de Baillarger*. — *Granulations épendymaires* très nettes sur le 4e ventricule, moins marquées sur les ventricules latéraux.

©BIUM

Arborisations vasculaires sur les parois des ventricules. Pointillé sur les coupes de substance blanche.

Poumons farcis de tubercules ramollis, surtout le droit. *Foie* gros, un peu gras. *Reins* : rien de particulier.

Dans cette seconde observation, le diagnostic d'imbécillité me semble suffisamment légitimé, même en l'absence de tout renseignement sur le passé de la malade, d'abord par les deux certificats d'entrée, délivrés quatorze mois avant la mort de R.., à un moment où l'on pouvait mieux apprécier l'état de ses facultés ; ensuite par la microcéphalie et les autres stigmates de profonde dégénérescence notés dans l'observation. Et, enfin, sa profession de fille soumise n'est pas pour déterminer l'hésitation ; on sait, en effet, combien il est fréquent de rencontrer, dans ce milieu spécial, des organisations cérébrales nettement inférieures.

On remarquera, dans ces deux observations, combien le délire a été réduit, effacé. Il ne pouvait guère en être autrement ; des cerveaux d'imbéciles sont incapables, par définition, de conceptions quelque peu brillantes, même dans l'ordre délirant.

Je n'ajouterai qu'une réflexion, rappelant ce que j'ai dit au début de cette note : les faits de ce genre deviendront certainement moins rares, si l'on veut bien les rechercher en se débarrassant de toute idée préconçue.

©BIUM

Législation.

ÉTUDE CASUISTIQUE

SUR LA

MISE EN LIBERTÉ DES ALIÉNÉS

Par M. le Dr Ernest CHAMBARD
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Médecin adjoint des asiles d'aliénés de la Seine.

I

C'est pour le médecin d'asile une lourde responsabilité que de disposer, au moins en premier ressort, de la liberté des malades qui lui sont confiés et s'il s'applaudit parfois de tenir sous clef quelque alcoolique endurci ou quelque raisonnant, honte, ruine et terreur de sa famille, il lui est souvent pénible de condamner à la misère la femme et les enfants de quelque malheureux aliéné victime d'un mal qu'il ignore ; nulle autre partie de sa tâche n'exige de lui autant de discernement et de bonne foi : aussi doit-il se montrer prudent dans la rédaction des consultations que l'Autorité lui demande et revenir au besoin sur un avis trop sévère, au risque de paraître se déjuger et de perdre auprès d'elle un peu de son renom d'infaillibilité.

Dans la poursuite de ce difficile problème, la loi de 1838 est pour le médecin et plus encore pour l'administration, un guide insuffisant. Simple, mais schéma-

©BIUM

tique, partant incomplète, elle ne résout que les cas extrêmes et laisse dans l'ombre les cas moyens pourtant les plus nombreux et les plus embarrassants. Elle donne, sans doute, une grande initiative au Conseil médical, mais lie le plus souvent les mains à l'autorité administrative à moins qu'elle ne l'entraîne à des compromis que l'intérêt public peut excuser, mais dont on pourrait quelquefois mettre en doute la parfaite légalité.

Aux termes de cette loi, il ne peut y avoir maintenue ou placement d'office que si l'état mental de l'aliéné est de nature à compromettre *l'ordre public et la sûreté des personnes*, d'où il résulte clairement que tout interné *actuellement non dangereux,* peut, avant même que le médecin ait certifié sa guérison, être réclamé par les personnes que l'article 14 autorise à le faire, ou exiger lui-même sa mise en liberté en usant des droits que l'article 29 lui accorde. Une brève énumération des principaux aspects sous lesquels se présente le problème de la libération des aliénés, va nous montrer les dangers d'une semblable règle strictement appliquée et l'insuffisance, à cet égard, de la législation qui nous régit.

II

1° *L'interné aliéné, mais inoffensif pour lui-même, l'ordre public et la sûreté des personnes, est capable de subvenir à ses besoins ou soutenu par sa famille.* — Bien qu'assez rares et souvent sujets à caution, les cas de ce genre existent. Certains lypémaniaques avec conscience ou demi-conscience de leur état et quelques délirants chroniques dont le délire déjà ancien et cristallisé est devenu inoffensif, nous en offrent des exemples. — Ici, la conduite à tenir est toute tracée : la législation s'accorde avec la pratique. En devenant incapables de nuire, les malades ont cessé de remplir les

©BIUM

conditions requises pour le placement par l'autorité administrative ou la maintenue d'office d'un placement volontaire.

Nombre de malades, incurables cependant, vivent ainsi en liberté sans causer aucun scandale et sans faire courir le moindre danger à leur entourage.

2° *L'interné aliéné, mais inoffensif pour lui-même, l'ordre public et la sûreté des personnes, est abandonné et incapable de subvenir à ses besoins.* — Tel serait le cas d'un imbécile ou d'un dément inoffensif. Ici encore, le problème est assez simple. Quelque docile et raisonnable que soit le malade *à l'asile,* il est à présumer que la présence au sein de la société d'un aliéné sans ressources et incapable de prendre part à la lutte pour l'existence, serait pour elle une occasion de trouble : il ne peut, dès lors, être réputé tout à fait inoffensif et son maintien, à ce point de vue, est d'une justification facile.

3° *L'interné aliéné, mais inoffensif pour lui-même, l'ordre public et la sécurité des personnes, est incapable, par le fait d'une affection intercurrente, de subvenir à ses besoins.* — Tel un aliéné inoffensif devenu aveugle ou tuberculeux à l'asile, et, bien entendu, abandonné. Ce malade ne saurait être comparé à ceux auxquels nous faisions allusion dans le paragraphe précédent ; l'on peut, sans doute, admettre qu'un aliéné aveugle, mis en liberté, ne tardera pas à tomber à la charge de la charité publique et à troubler dans une certaine mesure l'ordre social ; mais, d'une part, en autorisant le maintien d'aliénés dangereux pour l'ordre public, le législateur a certainement supposé que ce danger serait le fait de leur délire et non celui de toute autre circonstance extrinsèque et, de l'autre, l'administration peut offrir et même imposer aux invalides du travail l'assistance qui leur est nécessaire. Les aliénés inoffensifs, mais inva-

©BIUM

lides, dont nous nous occupons en ce moment, peuvent donc quitter l'asile, sauf à être placés volontairement ou d'office, selon la nature de leur infirmité ou de leur maladie intercurrente, dans un hôpital, un hospice ou un dépôt de mendicité (1).

4° *L'interné aliéné est inoffensif pour lui-même, l'ordre public et la sûreté des personnes; mais sa mise en liberté serait de nature à aggraver son affection mentale et à compromettre sa guérison.* — Tout aliéniste sait combien sont désastreuses les sorties prématurées d'excités maniaques, de mélancoliques anxieux ou stupides et de maniaques paralytiques, surtout lorsque ces malades ne doivent pas trouver au sein de leur famille le repos physique et moral, les soins et l'hygiène qui leur sont nécessaires : elles provoquent presque fatalement des récidives et rendent souvent incurable une affection qui, traitée par un isolement assez prolongé, aurait guéri ou, du moins, bénéficié d'une rémission durable.

C'est surtout lorsque le malade a été l'objet d'un placement volontaire qu'il est difficile de résister à l'impatience imprévoyante des familles qui, le texte de la loi à la main, réclament le convalescent. Le médecin, après avoir gagné le plus de temps possible, peut et doit sans doute éclairer l'administration sur les conséquences de la mise en liberté qu'on lui demande ; mais s'il ne sait trouver dans l'état du malade les éléments justificatifs d'une mesure aussi sérieuse que l'est le maintien d'office d'un interné volontaire, celle-ci est obligée de céder à une injonction parfaitement légale ; aussi serait-il à désirer que la loi permît à l'autorité

(1) Encore faut-il, pour que l'humanité sanctionne cette mesure, que le dépôt de mendicité ne soit pas un abattoir où les *déposés*, parqués dans un espace trop restreint, privés d'exercice et mal nourris, meurent comme des mouches. Tout se tient dans les questions d'assistance et de défense sociales.

©BIUM

préfectorale de maintenir d'office, non seulement les aliénés réputés dangereux pour l'ordre public et la sécurité des personnes, mais encore ceux dont *la guérison pourrait être compromise par une mise en liberté prématurée.*

5° *L'interné est aliéné et inoffensif; sa mise en liberté pourrait compromettre ses intérêts et, secondairement, aggraver son état physique et mental.*

Soit un aliéné inoffensif, possesseur d'une certaine fortune à l'égard de laquelle aucune mesure protectrice n'a été prise, que sa famille réclame avec l'intention probable ou avouée d'exiger de lui des actes qu'il est incapable d'exécuter en connaissance de cause, tels qu'un testament, un partage, un mariage ou une donation. Quelle doit être, en pareil cas, la conduite du médecin et de l'administration ?

Légalement, la réponse n'est pas douteuse : l'aliéné doit sortir. Et cependant, le médecin peut-il, de gaieté de cœur, se prêter aux calculs de parents intéressés qui ruineront le malade après l'avoir tourmenté de mille manières et transformeront peut-être cet homme paisible, qui vivait heureux et respecté à l'asile, en un furieux ou en un dément ?

Nous avons eu à juger en premier ressort, deux cas de ce genre. La sortie d'un nommé Dubr..., mégalomane incohérent, était exigée par sa femme, personne fort revêche, qui avait besoin de lui pour vendre une maison appartenant à la communauté et désintéresser les créanciers qui la harcelaient. Elle ne cachait nullement son intention de lui « faire faire ses affaires » et se refusait, sans vouloir en donner les raisons, à provoquer la réunion d'un conseil de famille où l'interdiction du malade. — Nous avions, d'autre part, dans notre service, le fameux abbé Cot..., dit Pie X, dont les excentricités ont, à plusieurs reprises, défrayé la

©BIUM

petite presse et qui, maintenant, tranquille et inoffensif, partage son temps entre l'exécution de magnifiques dessins, où se peignent trente années de délire, et la rédaction d'innombrables missives adressées à tous les personnages dont la lecture des journaux lui fait connaître les noms. Son frère, qui avait déjà arraché par intimidation, paraît-il, son exeat d'un asile de province, voulut l'année dernière obtenir par les mêmes moyens sa sortie de Ville-Evrard : réduit à la misère, probablement aliéné lui-même, il prétendait ramener l'abbé au pays natal, lui faire vendre une propriété indivise entre eux et, avec l'argent de cette vente, aller chercher fortune en Amérique. Il vint à Paris, se montra si agressif que nous dûmes le mettre à la porte de notre cabinet et, plus tard, il écrivit à son frère une lettre si menaçante à notre égard que nous crûmes devoir la transmettre au procureur de la République.

Appelé à donner notre avis sur la mise en liberté de Dubr... et de Cott..., nous déclarâmes que ces malades, inoffensifs d'ailleurs, au moins tant qu'ils séjourneraient à l'asile, n'étaient réclamés, à notre connaissance, que pour être employés à des actes de gestion qu'ils n'étaient pas en état de faire en connaissance de cause et qui pouvaient déterminer une excitation propre à aggraver leur état physique et mental. L'administration partagea sans doute notre manière de voir, car ils sont encore à l'asile. Il n'en serait pas moins utile que la loi décidât que les *aliénés inoffensifs, mais incapables de gérer leur fortune et de veiller à leurs intérêts, pourraient n'être mis en liberté qu'à la condition* de mesures conservatoires dans le détail desquelles nous ne pouvons nous engager et qu'il lui appartiendrait, du reste, de déterminer.

6° *L'interné est aliéné, inoffensif pour l'ordre public*

©BIUM

et la sécurité des personnes; mais dangereux pour lui-même. — Bien que, rigoureusement interprétée, la loi ne fournisse à l'administration aucun moyen de retenir malgré eux ou malgré leur famille, les aliénés de cette espèce, quel est le médecin qui ne retarderait le plus possible, même au prix de quelque pieux artifice, la sortie d'un sitiophobe, d'un suicide ou d'un mutilateur et les livrerait de gaieté de cœur à eux-mêmes ou à des parents intelligents? Souvent, il est vrai, il est loisible, sauf à forcer un peu les faits, de représenter ces malades comme dangereux pour l'ordre public, la sécurité des personnes et les maintenir de ce chef; mais une semblable allégation peut se trouver discutée et n'être pas toujours indiscutable. Le mieux serait que la loi, protégeant ces malades contre eux-mêmes et contre leurs proches, introduisît la considération du danger que l'état mental de l'aliéné peut faire courir *à sa propre personne* parmi les conditions de placement par autorité administrative et de maintien d'office des placements volontaires.

7° *L'interné, rétabli de l'accès délirant qui a motivé sa séquestration, est atteint d'une psychose intermittente et exposé à de nouvaux accidents au cours desquels il pourra se montrer dangereux pour lui-même, l'ordre public et la sécurité des personnes.* — Bien que la solution d'un problème aussi complexe que celui que nous venons de poser soit souvent des plus difficiles et qu'on ne puisse guère tirer que de l'examen de chaque cas particuliers celle qui lui est propre, nous indiquerons à grands traits la ligne de conduite générale qu'il convient de suivre en pareille circonstance.

Si l'aliéné intermittent ne s'est montré, au cours de ses accès antérieurs, dangereux ni pour lui-même, ni pour l'ordre public et la sûreté des personnes et si, ainsi qu'il arrive quelquefois, les périodes lucides dont

©BIUM

il jouit sont assez longues et assez franches pour lui permettre d'exercer sa profession, il serait inutile, barbare et, d'ailleurs, justement illégal de le priver indéfiniment de sa liberté et de frustrer sa famille du fruit de son travail en vue d'un danger futur, possible sans doute, mais que rien dans le passé ne permet de prévoir. Ici, l'humanité et la loi sont d'accord pour prescrire à l'administration un usage judicieux et modéré de son droit.

Mais si, pendant ses accès antérieurs, l'aliéné s'est montré dangereux pour l'ordre et la sécurité publiques, la loi permet, croyons-nous, et nous partageons à cet égard l'avis de Billod (1), de le maintenir jusqu'à ce qu'une observation prolongée autorise à croire à la guérison de la maladie fondamentale ou à la disparition de ses caractères comminatoires. De même, en effet, que le goutteux et le paludéen n'en demeurent pas moins, dans l'intervalle de leurs décharges uratiques ou microbiennes, sous l'empire d'une maladie dyscrasique ou infectieuse, ainsi l'épileptique et le maniaque intermittent restent, pendant les intermissions de leurs affections nerveuses, sous l'imminence d'accidents qui éclateront peut-être avant qu'on ait pu ou voulu recourir à une séquestration nouvelle et entraîneront alors des dangers analogues à ceux qui ont rendu nécessaires les séquestrations antérieures.

Il convient, cependant, de n'user du droit de séquestration indéfinie des intermittents qu'avec réserve et de mettre en parallèle le tort que le maintien du malade doit causer à lui-même ou aux siens et les inconvénients que sa mise en liberté peut offrir au point de vue de l'intérêt social. Si les actes antérieurs de l'interné n'ont

(1) Billod. *Des maladies mentales et nerveuses* (note *sur les intervalles lucides des aliénés*), t. I, *Mémoires*, 1 et 2.

©BIUM

troublé l'ordre que d'une manière relative et passagère, l'indulgence est encore permise ; mais s'ils ont eu des conséquences graves et irréparables pour la morale publique, les intérêts, l'honneur et l'existence même des particuliers, une sévérité inflexible peut s'imposer, car le malade appartient à la catégorie des aliénés dits criminels dont nous nous occuperons tout à l'heure.

8° *L'interné rétabli de l'accès délirant qui a motivé sa séquestration, aura probablement une récidive au cours de laquelle il pourra se montrer de nouveau dangereux pour lui-même, l'ordre public et la sûreté des personnes.* — Là encore, il existe à peu près autant de solutions que de cas particuliers.

Il est des *aliénés* guéris ou, du moins, devenus inoffensifs, qui ne peuvent demeurer tels qu'à l'asile et sont exposés à une récidive presque certaine s'ils quittent ce milieu tranquille auquel ils sont habitués et où leur existence est assurée, pour s'exposer de nouveau aux fatigues et aux misères de la lutte pour l'existence. Un exemple qui nous est personnel montre bien quel peut être l'embarras du médecin auquel ces malades demandent un certificat de sortie. Interné à plusieurs reprises comme atteint de délire des persécutions et regardé autrefois comme dangereux, M. D... est actuellement l'homme le plus doux, le plus poli, le plus serviable qu'on puisse voir, et sa conduite fut si correcte pendant les deux années que nous avons passées dans le service où il se trouve, que nous n'avons hésité ni à lui accorder une entière liberté sur le territoire de l'asile, ni à lui confier des outils de toute espèce. Nous ne voudrions pas jurer que ses idées anciennes de persécution aient entièrement disparu, et nous sommes même très porté à croire le contraire ; mais il n'y fait jamais allusion et nous ne pensons pas que depuis fort longtemps il en ait conçu de nouvelles ; aussi, lui aurions-nous accordé

©BIUM

la liberté qu'il nous a demandée à plusieurs reprises si nous n'avions su par sa femme les malheurs qui l'ont frappé pendant son long internement et qu'il ignore encore : une de ses filles s'est mariée sans son consentement, une autre devenue folle est à Charenton, son frère est mort. Il nous a paru d'autant plus à craindre que l'annonce brusque de ces événements exposât notre malade à une récidive ou le poussât à quelque acte de désespoir, que nous le savons très susceptible, très émotif et que nous avons été témoin de l'impression que lui a causée celle du moins regrettable : le mariage d'une de ses filles ; nous avons donc cherché à gagner du temps, tout en nous proposant de lui apprendre la vérité à petites doses et avec les précautions convenables.

La sortie des *alcooliques* guéris de l'accès au cours duquel ils ont été internés, est encore pour le médecin d'asile un problème complexe et difficile. M. Magnan (1) a divisé ces malades en trois groupes dont la réalité clinique est indiscutable ; mais au point de vue qui nous occupe, nous les diviserons en deux classes seulement comprenant, la première les alcooliques qui ont été jusque-là inoffensifs ; la seconde, ceux qui se sont montrés dangereux : chacune d'elles renferme des alcooliques subaigus appartenant aux trois groupes de M. Magnan et des alcooliques chroniques, mais en proportion fort différente.

Qu'un alcoolique en soit à son premier accès ou au vingtième, qu'il ait conservé la lucidité de son intelligence et la vigueur de ses muscles ou qu'il présente déjà les signes de cette décrépitude physique, intellectuelle et morale qui caractérise l'intoxication chronique

(1) MAGNAN. — *De l'alcoolisme, des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement.* — Paris, 1874.

©BIUM

par l'alcool, s'il est ivrogne débonnaire, s'il n'a jamais été véritablement dangereux, la loi prescrit avec raison de le rendre à la liberté dès qu'il est revenu à son état normal. Est-il corrigible et encore bon pour le travail, il importe qu'une séquestration inutilement prolongée ne lui donne pas l'habitude de la paresse ; est-il hors d'état de se livrer à une occupation régulière, il appartient à l'administration de le placer et de l'utiliser, après sa sortie de l'asile, dans un dépôt de mendicité. Il convient, en tout cas, que le médecin décharge de l'entretien d'un individu qui n'est plus aliéné un budget que le département entend consacrer exclusivement à ceux de ses administrés qui ont perdu la raison.

Non content d'accorder la liberté à ces alcooliques, le médecin doit, au besoin, la leur imposer. Il est dans les grandes villes, et à Paris plus que partout ailleurs, une catégorie d'ivrognes habiles à exploiter leur vice et enclins à regarder l'asile comme une maison de refuge, voire même comme une villégiature. Internés une première fois sans le vouloir et guéris au bout de quelques jours, ces individus contents de leur nouvelle destinée, ont obtenu, grâce à leur instruction et à leur savoir-faire, dans les bureaux, dans les ménages des fonctionnaires ou ailleurs, quelque place douce et lucrative qui leur permet une certaine liberté et qu'ils considèrent bientôt comme leur propriété. Quelques-uns se font oublier ou se rendent nécessaires et deviennent inamovibles ; d'autres se lassent de la demi-liberté dont ils jouissent ; bien refaits, garnis d'un pécule raisonnable grossi d'une allocation sur quelque legs, des nombreux pourboires qu'ils ont reçus et souvent du produit de certaines opérations commerciales plus ou moins illicites et clandestines, ils s'en vont aux beaux jours, remplis d'ailleurs de bonnes intentions. Une fois libres, après quelques jours passés à reprendre l'air de Paris

©BIUM

et à renouer connaissance avec leurs amis, ils cherchent du travail, mais le plus souvent mollement et sans conviction, « bricolent » quelque peu, boivent leurs économies et, « la bise étant venue », se souviennent de l'existence douce, confortable et considérée qu'on menait là-bas. Il ne leur est que trop facile d'obtenir leur réintégration : il leur suffit pour cela de boire un peu plus que de coutume et de causer quelque scandale ou de se présenter devant le commissaire de police de leur quartier et d'énumérer à ce magistrat les principaux signes du délire alcoolique qu'ils connaissent à merveille : « Vous m'avez fait partir alors que je voulais rester, nous disait naguère un de ces ingénieux amateurs de séquestration volontaire, je savais bien que je ne trouverais pas d'ouvrage dehors ; j'ai bu un coup, je suis allé chez le commissaire et me voilà revenu. »

Rien ne serait plus facile que de couper court à cette exploitation : il suffirait pour cela que les médecins chargés du triage des aliénés à la Préfecture admissent moins facilement les simples ivrognes ainsi que les individus atteints d'alcoolisme subaigu simple, bénin et déjà en voie de disparition, que les médecins d'asile renvoyassent impitoyablement ces malades dès leur rétablissement et surtout que les alcooliques de cette sorte fussent poursuivis, après leur sortie de l'asile, pour contravention à la loi contre l'ivresse et pour les désordres qu'ils ont presque toujours causés, dans la rue ou dans les établissements publics, au moment de leur arrestation. C'est en vain que l'on allèguerait, dans l'espèce, l'immunité légale due à la maladie mentale. Cette maladie peut bien créer l'irresponsabilité pour les faits postérieurs à elle et survenus sous son influence, mais non pour les faits délictueux qui l'ont précédée et sous l'empire desquels elle a éclaté. Les sujets qui nous occupent

©BIUM

n'ont pas contrevenu à la loi contre l'ivresse parce qu'ils étaient aliénés ; mais sont devenus momentanément alcooliques pour avoir violé la loi contre l'ivresse publique et pour eux, pas plus que pour les autres délinquants, l'ivresse ne doit pas servir d'excuse légale. Encore ne sont-ce pas de véritables aliénés.

D'autres alcooliques, sans avoir encore commis d'actes graves et irréparables, se sont montrés, au cours de leurs accès, véritablement dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui. Les uns ayant le vin triste, ont fait des tentatives de suicide ; d'autres se sont livrés contre leurs proches à des actes de brutalité révoltante ; d'autres encore sont pris, sous l'influence de l'alcool, de tendances érotiques ou de préoccupations jalouses qui font courir à la pudeur de leurs propres enfants ou à la vie de leurs femmes des dangers incessants. C'est surtout dans cette catégorie de malades que l'on rencontre ces dégénérés héréditaires, chez lesquels l'excès alcoolique est la cause et le point de départ d'un pseudo-délire partiel qui persiste longtemps, parfois même indéfiniment, après la disparition des accidents toxiques.

Supposons cependant l'alcoolique de cette classe guéri de son double délire, réclamant sa mise en liberté et, ainsi qu'il arrive presque toujours, réclamé avec la dernière énergie par ceux-là mêmes qui ont le plus souffert de ses violences et qui avaient provoqué sa séquestration. Que dit la loi en pareil cas et quelle doit être la conduite du médecin ?

La loi est formelle et ne l'est que trop. Guéri et actuellement inoffensif, l'interné doit être mis en liberté quelque grandes, quelque certaines même que soient les chances d'une récidive accompagnée des mêmes dangers et de dangers plus grands encore, quelque peu de garantie qu'il présente pour l'avenir et quelque mauvaises que soient les conditions hygiéniques, morales,

©BIUM

professionnelles, qui l'attendent à sa sortie de l'asile.

L'on peut, quelquefois, sans doute, éluder la loi dans une certaine mesure et gagner du temps en considérant l'interné, non comme un simple intoxiqué guéri d'un accès passager de délire, mais comme un dégénéré dipsomane, un aliéné véritablement dangereux et seulement inoffensif par un concours de circonstances que le maintien à l'asile peut seul réaliser. Tel est le biais, fort légitime à nos yeux, que nous avons pris tout récemment encore à l'égard d'un nommé Duf..., dégénéré alcoolique avec préoccupations jalouses, pour permettre à sa femme de vendre son établissement de marchand de vin et de se placer comme infirmière dans un hôpital. Mais, en dehors de toute considération légale, un dilemme fort embarrassant se présente. Quel que soit l'état mental, fondamental de l'interné, on ne peut prendre à son égard que trois partis : le maintenir indéfiniment, le garder longtemps ou le renvoyer dès la disparition des accidents dangereux qui ont motivé son internement. Le premier est une mesure excessive à laquelle les pouvoirs administratifs et judiciaires, émus des réclamations incessantes du malade et des siens, ne manqueraient pas de mettre quelque jour un terme ; le second fait perdre à l'interné sans aucune utilité le goût et l'habitude du travail, le dépayse à sa sortie de l'asile et plonge sa famille dans la misère ; reste le troisième qui est certainement le moins mauvais et que nous justifierons par ce simple aphorisme : *Quelque dangereux qu'ait été un alcoolique et quelque probable que soit son retour à ses habitudes intempérantes, le mieux est, pour la société, sa famille et lui-même, lorsque son internement indéfini ne saurait être justifié et maintenu, de le renvoyer avant qu'il ait perdu l'habitude du travail et les moyens de s'en procurer.*

C'est dans ce pis aller qu'apparaissent l'insuffisance

©BIUM

de la loi et l'imprévoyance de l'administration. Rendu à une liberté sans contrôle, l'alcoolique endurci retourne bien vite à ses excès et fait payer cher son internement à ceux qui l'ont provoqué. Fût-il animé d'ailleurs des meilleures intentions, une récidive à courte échéance n'en serait pas moins à craindre. Chassé de chez lui par le spectacle de la misère dont il est la cause, obligé de courir Paris à la poursuite d'un embauchage problématique, éreinté et mal nourri, il boit pour oublier, pour se soutenir, pour obtenir quelques renseignements d'un ami qu'il rencontre, pour consulter le *Bottin* ou le *Journal des Petites-Affiches* dont le marchand de vin est le dépositaire, pour payer sa bienvenue à de nombreux camarades qui ne le tiendraient pas pour un bon compagnon s'il « n'offrait » le nombre de « tournées » réglementaire.

Une disposition légale nouvelle et un ensemble de mesures administratives pourraient seuls rassurer la conscience du médecin auquel s'impose le dilemme dont nous parlions tout à l'heure. D'une part, la loi devrait l'autoriser à proposer des *sorties d'essai* dont il fixerait le terme, qui n'aurait sur l'internement qu'une action suspensive et pendant la durée desquelles l'aliéné, astreint à une surveillance sérieuse, pourrait, à la moindre alerte, être réintégré par simple mesure de police ; de l'autre, l'administration devrait organiser un *patronage* des aliénés libérés, leur chercher de l'ouvrage, leur prêter des outils, les loger au besoin, substituer en un mot son entremise désintéressée à l'institution usuraire du Mont-de-Piété et à l'odieuse exploitation du logeur et du bureau de placement.

9° *L'interné rétabli a commis, au cours et sous l'influence de son affection mentale, des actes propres à compromettre d'une manière grave et irréparable l'ordre public ou la sûreté de personnes et qualifiés crimes*

©BIUM

par le Code pénal. — Il s'agit, en un mot, de la grave question des *aliénés dits criminels* et bien que, théoriquement fort simple, elle n'en présente pas moins, dans les cas particuliers, les plus grandes difficultés.

Quelque déplorable qu'ait été l'acte de l'aliéné, si sa guérison définitive rend tout retour d'acte de gravité analogue improbable, son maintien indéfini serait aussi illégal que barbare et donnerait un caractère expiatoire à une mesure qui doit être purement préventive. Ainsi, devrait-on mettre en liberté, après une observation suffisante, un homme intoxiqué par surprise à l'aide de la belladone, eût-il commis des meurtres sous l'empire de ses hallucinations terrifiantes, ou bien une femme devenue infanticide au cours d'un accès de folie puerpérale. Le retour de faits qui ont motivé l'internement, dans le premier cas, improbable, peut être évité, dans le second, grâce à une surveillance des périodes puerpérales ultérieures que la loi pourrait, d'ailleurs, *assurer et rendre obligatoire.*

Tout autre serait le fait d'un aliéné, guéri sans doute, mais exposé à de nouveaux accès au cours desquels devraient renaître probablement des tendances dangereuses analogues à celles qui ont déjà motivé l'internement. On ne pourrait, au dire de Billod (1), conserver de tels sujets qu'en violant la loi qui prescrit la mise en liberté immédiate de tout interné dès que sa guérison est constatée par le médecin, et nous voyons cet aliéniste distingué insinuer, à l'appui de sa thèse, l'illégalité du maintien à la Sûreté de Bicêtre, de l'épileptique Th..., l'assassin bien connu de la rue Cujas. Peut être l'exemple est-il mal choisi. Maladie paroxys-

(1) Billod. *De la protection donnée par la loi de* 1838 *contre les aliénés dits criminels.* In Congrès international de médecine mentale de Paris, 1878.

©BIUM

tique par excellence, l'épilepsie ne peut être réputée guérie ou, du moins, endormie d'une manière durable, que si ses manifestations épisodiques : accès convulsifs, vertiges, impulsions, etc., ont depuis longtemps disparu et si l'état mental qui lui est propre, si caractéristique, s'est définitivement modifié ; il en serait de même d'un alcoolique dipsomane, d'un circulaire, d'un intermittent chez lesquels la disparition des accidents épisodiques qui ont amené la séquestration, n'implique nullement la guérison de l'affection fondamentale.

Nous pensons donc, avec Billod d'ailleurs, que le médecin a le devoir de maintenir les aliénés criminels bien que guéris des accidents au cours desquels ils se sont montrés dangereux, tant qu'il n'est pas absolument certain de la guérison de l'affection mentale périodique ou paroxystique dont ces accidents ne sont que des manifestations épisodiques plus ou moins retentissantes ; nous pensons également que la loi de 1838, scientifiquement interprétée, lui permet de le faire. Toutefois, comme il est souvent assez difficile de faire comprendre à l'opinion publique, voire même aux autorités judiciaires et administratives, qu'un interné peut être malade et dangereux pour ainsi dire à l'état latent et que l'internement peut être le seul moyen de conserver à cet état ses tendances morbides, nous voudrions que la loi autorisât l'administration à maintenir d'office les aliénés déclarés par le médecin *rétablis des accidents épisodiques au cours desquels ils se sont montrés dangereux; mais exposés, par le fait de la persistance de la maladie causale, à des accidents de nature analogue.*

Si nous revendiquons au nom des intérêts supérieurs de la sécurité sociale, le droit de maintenir, même indéfiniment, certains aliénés dangereux ou criminels, nous réclamons pour ces malheureux une existence supportable. Qu'on se figure la situation d'un épilep-

©BIUM

tique, intelligent, bon ouvrier, jeune et actif, plein de bonne volonté et de courage, grillé toute sa vie dans les horribles cages de la Sûreté, pour avoir eu le malheur de commettre, dans un de ses accès, un meurtre dont il n'a même pas le souvenir ; que sera-ce encore, si cet infortuné sent à quelques kilomètres de lui sa famille à laquelle il pourrait rendre l'aisance, exposée aux tortures et aux tentations de la misère? On nous accusera peut-être de poétiser l'aliéné criminel ; la plupart sont en effet, moins intéressants ; mais, pour être rare, le tableau que nous venons de tracer n'en est pas moins réel. Il nous rappelle un jeune ouvrier du nom de Col... atteint de délire chronique et interné, il y a déjà plusieurs années, à la suite d'une scène de violence au cours de laquelle il aurait poursuivi, le marteau à la main, un de ses camarades d'atelier. Jeune, intelligent, actif, d'une conduite exemplaire à l'asile où nous lui avions confié un emploi dans les bureaux, justifiant d'antécédents irréprochables, ce malade, depuis deux années que nous le connaissons, a réclamé sa mise en liberté à toutes les autorités et nous a supplié plus de vingt fois, au nom de sa mère et de sa sœur plongées dans la plus affreuse misère, d'intervenir en sa faveur. Malheureusement à chaque examen que nous lui avons fait subir, nous avons dû reconnaître que sous des dehors si calmes se cachait un délire hallucinatoire très actif, quoique très bien dissimulé, et nous n'avons jamais pu lui accorder, malgré tout l'intérêt que nous lui portions, le certificat de guérison qui lui eût ouvert les portes de l'asile et eût rendu un chef à sa famille, un travailleur à l'atelier.

Nous voudrions donc que l'on créât pour ces aliénés, plus durement frappés comme malades qu'ils l'eussent été comme véritables criminels, *des établissements spéciaux*, dans lesquels la Société, en compensation de la liberté qu'elle est obligée de leur retirer, leur accorde-

©BIUM

rait un certain bien-être et surtout le moyen d'améliorer par un travail rémunérateur leur sort et celui de leur famille. Un tel établissement, dont nous ne saurions tracer le plan en ces quelques pages, serait moins un asile qu'une sorte de phalanstère surveillé où les aliénés dangereux et criminels retrouveraient le plus possible de la vie sociale d'où les exclut une impérieuse nécessité.

III

Les lacunes que nous venons de signaler dans la législation et l'administration des aliénés pourraient, ce nous semble, être comblées par un certain nombre de dispositions légales et de mesures administratives que nous nous bornerons à énumérer.

A. Dispositions légales. — 1° Article de loi autorisant l'administration à maintenir d'office, sur le rapport du médecin, tout aliéné dont la mise en liberté prématurée serait de nature à aggraver l'état physique et mental et à compromettre la guérison (Voy. § 4).

2° Article de loi autorisant l'administration à maintenir d'office, sur le rapport du médecin, tout aliéné même inoffensif pour l'ordre public et la sûreté de personnes, dont la propre sûreté pourrait être compromise par une libération prématurée (Voy. § 6).

3° Article de loi prescrivant des mesures conservatoires, telles que la nomination d'un administrateur, l'interdiction, etc., préalables à la mise en liberté d'aliénés dépourvus de tuteurs naturels (ascendants, maris, etc.) et incapables de veiller à la gestion de leurs biens (Voy. § 5).

4° Maintenue d'office des aliénés rétablis d'accidents au cours desquels ils se sont montrés dangereux, sur le vu de rapports médicaux établissant la persistance de la maladie fondamentale sous l'influence de laquelle

©BIUM

ces accidents se sont développés et la probabilité de leur retour (Voy. § 9).

5° Article de loi autorisant l'administration à accorder à certains malades, sur le vu de rapports médicaux, des sorties provisoires n'ayant sur l'internement qu'un effet suspensif, avec faculté de réintégration par mesure de simple police (1) (Voy. § 8).

6° Création de *colonies d'aliénés dangereux* fournissant aux aliénés, dont la séquestration doit être de durée longue ou illimitée, les éléments d'un travail véritablement rémunérateur et des conditions d'existence aussi analogues que possible à celles qui constituent la vie sociale (Voy. § 9).

B. Mesures administratives. — 1° Répression de l'exploitation des asiles d'aliénés par certains alcooliques ; sévérité plus grande dans l'admission de ces amateurs de séquestration ; leur renvoi dès la disparition des accidents toxiques ; poursuites exercées ultérieurement contre eux (Voy. § 8).

2° Patronage et assistance des aliénés indigents à leur sortie de l'asile (Voy. § 8).

3° Placement direct, sur la proposition du médecin, dans un hôpital, un hospice ou un dépôt, des internés guéris ou même encore aliénés, mais inoffensifs et incapables, par le fait de vieillesse, de maladie ou d'infirmité, de subvenir à leurs besoins (Voy. § 8).

De ces dispositions légales et de ces mesures administratives, les unes paraîtront attentatoires au principe de la liberté individuelle au nom duquel se poursuit la réforme de la loi sur les aliénés ; on reprochera à d'autres d'étendre outre mesure les prérogatives médicales

(1) Ces sorties provisoires ou d'essai seraient, pour les aliénés, une mesure analogue à la *libération conditionnelle* dont la loi du 14 août 1885 *fera* bénéficier les condamnés qui s'en rendront dignes.

©BIUM

que battent en brèche la plupart des réformateurs actuels ; quelques-unes, telles que la création de colonies d'aliénés dangereux, sembleront trop onéreuses ; toutes, enfin, seront plus ou moins en opposition avec les idées dominantes du moment ; aussi ne nous faisons-nous que peu d'illusions sur le sort qui leur est réservé. Peu nous importe d'ailleurs. Le rôle du savant et du médecin est de combattre les préjugés et non de les ménager. S'agit-il de la mise en liberté d'un interné, il étudie le malade et renseigne l'administration sur son état actuel et les conséquences probables de sa sortie ; s'agit-il d'une réforme hospitalière, il s'appuie pour la discuter sur des faits d'observation et non sur des théories vaguement libérales et faussement humanitaires ; à lui de conseiller, à l'administration de décider et d'agir.

©BIUM

Revue critique.

SYPHILIS ET FOLIE

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

La question des rapports entre la syphilis et la folie est à l'ordre du jour ; elle est d'un très grand intérêt. Il importe, en effet, de savoir jusqu'à quel point la syphilis, qui fait aujourd'hui tant de ravages dans notre société et qui se généralise d'une manière inquiétante, peut être par elle-même une cause d'aliénation mentale ; jusqu'à quel point les troubles variés qu'elle apporte dans l'organisme peuvent être le point de départ de la folie.

L'intérêt de cette question, évident en lui-même, est devenu d'une actualité nouvelle par ce fait que l'Académie de médecine a mis, pour cette année même, au nombre de ses concours de prix, l'étude des rapports de la syphilis avec l'une des formes les plus importantes des maladies mentales, la paralysie générale.

Le moment nous semble donc opportun de jeter un coup d'œil sur les travaux auxquels ce sujet a donné lieu à l'étranger dans les dernières années, et nous nous proposons d'étudier ici les documents de langue anglaise que nous avons pu nous procurer. Il est d'autant plus à propos d'examiner les résultats auxquels nos confrères d'outre-mer sont arrivés que, dans le Congrès international de médecine tenu récemment à Washington, la question des rapports de la syphilis et de la folie a été l'objet d'une discussion spéciale ; et comme elle avait été indiquée d'avance sur le programme, on était en droit de s'attendre à ce qu'elle fût l'objet de recherches approfondies, et qu'elle donnât lieu à des

©BIUM

communications sinon décisives, au moins capables de faire largement la lumière.

Cependant, nous avons le regret de le constater, de ces travaux, de ces communications, des discussions auxquelles ont pris part des hommes d'une valeur médicale incontestable, il n'est sorti presque rien de nouveau, et ni les arguments, ni les faits produits n'ont une précision suffisante pour trancher définitivement la question pendante. La syphilis est-elle une cause de folie? Cela est possible, cela semble même très probable; on a mille raisons de le croire, on n'en a guère pour l'affirmer avec certitude.

Pour procéder avec quelque méthode, et tenir compte, autant que possible, de tous les documents que nous avons sous les yeux (1), nous rapporterons à quatre états principaux l'influence éventuelle de la syphilis sur la production de la folie, à savoir :

1° Débilité mentale originelle (syphilis héréditaire) ;
2° Folie simple ;
3° Pseudo-paralysie générale syphilitique ;
4° Vraie paralysie générale.

1° *Débilité mentale, imbécillité ou idiotie, causée par la syphilis héréditaire.* — Dans la discussion qui eut

---

(1) American Journal of insanity. — Janvier 1888. — *Syphilis and its relation to insanity;* par le Dr George H. Savage — *Idiocy and imbecillity due to inherited syphilis;* par le Dr Schuttleworth. — *Cases of idiocy and imbecillity due to inherited syphilis;* par le Dr Fletcher Beach — *A case of insanity associated with acute syphilis;* par le Dr Joseph Wiglesworth.

Ibid. — Octobre 1887. — *Compte rendu sténographique des travaux de la section des maladies mentales et nerveuses au congrès de Washington.*

Ibid. — Juillet 1886. — *The relation of general paralysis and syphilitic insanity;* par le Dr Henry M. Hurd.

The Alienist and Neurologist. — Janvier 1888. — *Syphilitic insanity;* par le Dr D. F. Kinnier.

Ibid. — Avril 1887. — *Secondary syphilis as a complication of the psychoses;* par le Dr Jas. G. Kiernan.

The Journal of medical science. — Janvier 1887. — *Two cases of syphilitic insanity, occurring after alcoholism, and presenting paralytic sypmtomes;* par le Dr A. R. Urquhard.

Ibid. — Janvier 1888. — *Visceral and other syphilitic lésions in insane patients, without cerebral syphilitic lesions;* par le Dr W. Julius Mickle.

©BIUM

lieu au Congrès international de médecine, le Dr Savage, qui, pour le dire en passant, en fut à la fois le guide et le principal soutien, et qui y fit valoir les qualités d'un praticien éminent, le Dr Savage a émis l'opinion que la syphilis héréditaire est rarement une cause d'imbécillité ou d'idiotie. D'après lui, parmi les enfants de syphilitiques, on en voit bien peu qui soient atteints de débilité mentale originelle. Cette opinion est également celle des docteurs Ireland, Langdon Down, Shuttleworth et Beach. Down dit que, d'après ses recherches, on ne trouve guère que un ou deux pour cent d'idiots qui soient des enfants de syphilitiques, et il en conclut énergiquement que la syphilis ne joue qu'un très faible rôle dans la production de l'imbécillité et de l'idiotie.

Un seul observateur, parmi ceux dont nous avons relevé l'opinion, ne partage pas la manière de voir de ceux qui viennent d'être mentionnés. Le Dr Judson Berry soutient au contraire que, parmi les imbéciles ou les idiots, un assez grand nombre présentent des marques de syphilis héréditaire. Ceux qui en ont jugé autrement n'ont envisagé les choses, dit-il, qu'au point de vue des individus placés dans les asiles d'aliénés, sur qui les renseignements positifs font souvent défaut. Mais ceux qui, comme lui, se livrent à la pratique médicale ordinaire et qui habituellement peuvent étudier les faits de plus près, arriveraient aisément à trouver, dans une proportion bien plus grande, l'influence héréditaire de la syphilis sur la débilité mentale.

Voici donc, dès ce premier point, une divergence marquée. Reconnaissons cependant que nous nous trouvons en présence d'une majorité qui estime que la débilité mentale originelle, de provenance syphilitique, est rare. Encore faut-il, parmi les faits positifs qui sont mis en avant, en laisser de côté quelques-uns dont la valeur est contestable. Ainsi de deux observations que rapporte le Dr Savage, aucune n'est réellement valable, puisque, pour l'une d'elles, on n'avait aucune notion sur les mœurs des parents, et que pour l'autre il est dit que le père était un débauché et la mère une femme de mœurs dissolues. Dans un cas comme dans l'autre on est en droit de se demander si les parents n'avaient pas des habitudes alcooliques.

©BIUM

D'un autre côté, il est assurément facile de produire des faits qui montrent péremptoirement que des enfants de syphilitiques peuvent, en se développant, conserver une vigueur mentale satisfaisante. Parmi les faits que nous avons observés nous-même, nous en avons un qui est tout à fait significatif. Il y a quelques années, nous étions appelé à donner notre avis sur l'état d'un officier qui était sur le point de se marier, et dont les dispositions mentales paraissaient singulières depuis quelques jours. Il est intéressant de noter que la consultation nous était demandée par la famille de la fiancée. Nous reconnûmes sans peine une paralysie générale déjà avancée, mais qui n'avait point encore provoqué le délire. Notre principal conseil fut d'éviter le mariage, conseil bien inutile, puisque la cérémonie eut lieu moins d'un mois plus tard. Or, qu'arriva-t-il? c'est que, deux mois environ après le mariage, le malade, tombé dans un accès d'agitation, dut être interné, que sa femme était grosse, et qu'elle est devenue veuve au bout de peu de temps. Des renseignements certains, des traces morbides évidentes firent reconnaître chez cet officier l'existence de la syphilis. L'enfant est venu au monde bien constitué, il a aujourd'hui une dizaine d'années, et bien que son père fût atteint à la fois de syphilis et de paralysie générale, il ne présente jusqu'ici aucun indice de perversion mentale.

Cependant, s'il est rare de trouver des cas d'imbécillité et d'idiotie qui dépendent de la syphilis, on pourrait avec le Dr Savage en donner un motif qui doit être pris en considération sérieuse. Ce motif est que beaucoup d'enfants entachés de syphilis héréditaire meurent, les uns dès le sein de la mère, avant de venir au monde, les autres dès les premiers mois ou les premières années de leur existence. Ils sont emportés par des accidents syphilitiques certains, ou par des maladies propres à la première enfance, par exemple les convulsions. S'ils avaient vécu, ils auraient sans doute été grossir la phalange des dégénérés, et changer ainsi la proportion des imbéciles et des idiots sur qui pèsent manifestement les influences de la syphilis héréditaire.

2° *Folie simple.* — La première particularité qu'il y a ici à examiner est de savoir si l'on peut admettre l'existence d'une forme mentale morbide à laquelle doive

©BIUM

être attribué le nom de folie syphilitique. Cela doit s'entendre, bien entendu, de troubles intellectuels simples, survenant sous l'influence de la syphilis, et pouvant présenter un aspect, des allures particulières. Chez nous quelques auteurs, notamment le professeur Fournier, n'hésitent pas à répondre par l'affirmative. Mais l'opinion contraire semble prévaloir chez nos confrères d'Angleterre et d'Amérique. Au congrès de Washington, le Dr Savage s'est exprimé nettement dans ce sens. On n'a pas plus le droit, dit-il, de parler de folie spécifique que de dire qu'il y ait un asthme spécifique, et, à son avis, moins on en parlera, mieux cela vaudra. Le Dr Brush a abondé dans le sens du Dr Savage, et s'est élevé avec force contre l'emploi du terme folie syphilitique. Et nous sommes en droit d'admettre que l'opinion de ces deux confrères était celle de tous les membres du congrès, car aucun d'eux n'a cherché à protester.

Mais cependant, s'ils ne regardent pas comme spéciale la folie survenue au cours de la syphilis, les auteurs dont nous nous occupons ne refusent pas d'admettre qu'il y ait des maladies mentales, à formes simples et ordinaires, développées sous l'influence de la syphilis, celle-ci rentrant dans l'ordre des causes communes. Ils reconnaissent que la folie peut, dans ces conditions, survenir soit à l'époque même de l'infection, soit plus tard, au cours de la maladie constitutionnelle.

Pour ce qui est des cas de folie survenant à l'époque de l'infection, le Dr Savage les croit fort rares, et pour son compte il dit n'en avoir observé aucun exemple. Mais il ne refuse nullement d'admettre leur existence, ayant appris de chirurgiens distingués de Londres qu'ils avaient vu plusieurs fois le délire survenir à cette période de la maladie constitutionnelle.

Le Dr Wiglesworth cite un fait de ce genre qui est assurément bien remarquable. Une jeune femme de vingt et un ans, mariée seulement depuis quatre mois, fut atteinte de syphilis, qui se manifesta par un chancre induré de la lèvre. Presque au même moment où le chancre apparaissait, la malade fut prise de délire mélancolique avec affaissement ; elle était comme obtuse, elle parlait peu, même pour répondre aux questions ; pendant plusieurs jours elle eut des idées d'empoison-

©BIUM

nement et refusa la nourriture. Elle ne voulait pas permettre qu'on la touchât. Cet état dura environ six semaines, au bout desquelles il ne resta que de la dépression. Pendant quatre mois encore, il n'y eut aucun nouveau changement. Mais ensuite toute trace de trouble mental finit par disparaître. Et cependant la syphilis, en dépit d'un traitement régulier, avait fait des progrès continus. Au chancre avait succédé la roséole ; puis étaient venus des accidents tertiaires, des éruptions pustuleuses sur lesquelles se greffa un érysipèle. Au bout de treize mois de maladie, la mort survint ; l'autopsie permit de constater que le cerveau était absolument indemne.

Le Dr Wiglesworth n'hésita pas à considérer ce fait comme une preuve de l'influence de la syphilis à son début sur la production de la folie.

Les troubles intellectuels qui surviennent à une période plus avancée de la syphilis, alors que les accidents secondaires, ou même les accidents tertiaires ont apparu, s'observent beaucoup plus communément, et nos auteurs en donnent plusieurs exemples.

L'un des faits les plus intéressants que rapporte le Dr Savage est le suivant : Un nommé Martin J... entraîneur de chevaux, fut admis à l'asile de Bethlem à l'âge de trente-huit ans. Il n'avait pas d'antécédents héréditaires et, depuis quatre ans environ, il s'était abstenu de tout excès alcoolique. Par sa profession, il était obligé de se défier de toutes les personnes avec qui il se trouvait en rapport ; il ne fallait pas, en effet, qu'il laissât surprendre les résultats qu'il obtenait avec les chevaux de course confiés à ses soins. Vers l'âge de trente-trois ans il avait été atteint de syphilis. Quelques années plus tard il éprouva des accidents nerveux divers, il eut du ptosis, du strabisme externe. A ce moment il fut pris d'aliénation mentale, de mélancolie avec idées de persécution. Exagérant les tendances auxquelles sa profession le portait, il se mit à voir des espions, des ennemis dans tous ceux qui l'approchaient. Il devint facile à surexciter, et se porta à des actes de violence. A Bethlem on s'occupa surtout de soigner ses accidents syphilitiques, à l'aide de l'iodure de potassium et des bains de calomel. Sous l'influence du trai-

©BIUM

tement, la syphilis et le délire s'amendèrent simultanément, ce qui fit supposer des rapports réciproques entre deux états morbides.

Le Dr Savage rapporte un autre fait assez intéressant du même genre. Un nommé William H. L... fut admis à Bethlem à l'âge de quarante-deux ans. C'était un homme sobre, de mœurs rangées, intelligent et appliqué à ses occupations. Il avait une sœur aliénée, et lui-même, dix-huit ans plus tôt, avait eu un premier accès de maladie mentale. Il avait contracté la syphilis vers l'âge de vingt-quatre ans. Pendant deux années il s'était soigné assidûment. Mais malgré les soins, au bout de quatre ans survinrent des accidents assez graves, des ulcérations de la gorge et du nez ; ces dernières amenèrent de la déformation persistante. Le malade s'en montra excessivement affecté ; il devint mélancolique, perdit le sommeil, conçut des idées de persécution, s'imagina qu'on voulait l'empoisonner. Dans le second accès de maladie mentale, il y eut prédominance de symptômes analogues.

Ces faits sont-ils concluants ? En tous cas, ceux qui les ont observés n'hésitent pas à les considérer comme des exemples de folie simple survenue sous l'influence de la syphilis. Le principe admis, reste à savoir quelle est l'action pathogénique de l'infection constitutionnelle. Or, à ce point de vue, les auteurs anglais et américains sont en réalité dans la même incertitude où nous nous trouvons nous-mêmes.

Le Dr Hurd dit à ce sujet : « La manie, la mélancolie, les psychoses simples peuvent provenir directement de l'influence toxique de la syphilis sur le cerveau. Celle-ci agit alors tout comme les autres causes d'excitation cérébrale, comme le surmenage, comme la frayeur, comme une insolation, qui troublent profondément le système nerveux. Les manifestations mentales auxquelles elle donne lieu ne diffèrent en rien des psychoses ordinaires dues aux causes du même genre... »

Pour le Dr Savage les choses ne se passent pas d'une manière aussi simple et l'action pathogénique de la syphilis serait essentiellement multiple. Tantôt elle agirait en modifiant l'organisme, tantôt elle n'exercerait qu'une action indirecte, portant d'abord le malade à

©BIUM

l'inquiétude, à une sorte d'émotion qui serait à son tour la véritable cause de la folie.

« Les troubles intellectuels, dit-il, peuvent provenir des désordres corporels de la syphilis primitive ou secondaire, et peuvent s'améliorer en même temps que ces désordres. » « La syphilis, dit-il encore, peut causer directement la folie, mais il est bien plus ordinaire de trouver des cas de mélancolie syphilitique où la syphilis est une explication de la maladie et non la cause. J'ai rencontré plusieurs individus qui, ayant eu la syphilis, sont tombés d'abord à un degré exagéré dans un sentiment de dégoût bien naturel, qui sont arrivés enfin à une hypocondrie véritable dont la syphilis était aussi la cause première. » Insistant sur la même manière de voir, il ajoute ailleurs : « Dans la production de la folie d'origine syphilitique, j'admets d'abord un élément moral. Il n'est pas du tout rare de voir le chagrin causé par la maladie tourner à la mélancolie. Il est du reste fort aisé de comprendre que la crainte de communiquer à ses enfants sa maladie puisse modifier et troubler la vie d'un homme. J'en ai vu ainsi plusieurs qui, se sachant atteints de syphilis, refusaient le mariage et finissaient par tomber dans l'hypocondrie. Je dois noter aussi que dans plusieurs cas les malades étaient tombés dans un état cachectique, dans un état d'anémie générale, résultant de leur syphilis, et je suis porté à croire que leur trouble mental, généralement mélancolique, était dû principalement aux altérations de nutrition de leur système nerveux. »

Les notions de pathologie générale exprimées ainsi par le Dr Savage, au sujet de la production de la folie simple par la syphilis, rencontrèrent au congrès de Washington un plein assentiment. Des exemples à l'appui furent donnés par plusieurs orateurs, quelques-uns tout à fait bien appropriés.

Le Dr Ferguson raconta l'histoire d'un homme dont la conduite avait toujours été regardée comme irréprochable et qui contracta la syphilis dans des circonstances vraiment curieuses. Les fêtes de son mariage furent pour lui, chose absolument inattendue, l'occasion de quelques excès qui l'entraînèrent à des rapprochements avec une femme autre que sa femme légitime,

©BIUM

et qui lui communiqua l'infection vénérienne. L'impression morale qu'il ressentit de cet événement fut des plus graves. Il ne put oublier ce qu'il regardait comme une flétrissure, et pendant que se manifestaient les symptômes secondaires de la syphilis, il eut un accès de véritable folie. Il guérit de son trouble mental. Mais la syphilis, en dépit du traitement, suivit son cours. Au bout de deux ou trois ans, le malade eut une rechute de maladie mentale qui s'accompagna de céphalalgie intense. Il mourut et l'on put faire son autopsie ; il avait des lésions syphilitiques évidentes des os du crâne et des méninges.

Comme exemple de l'influence des troubles cachectiques, le Dr Godding cita le fait suivant : « Une jeune fille me fut amenée, dit-il, dans un état d'affaissement profond, et sa santé physique était fortement ébranlée. Les renseignements me firent supposer qu'elle était syphilitique ; je lui fis donc commencer un traitement approprié. A ce moment survinrent des accidents graves, un rupia généralisé, des abcès infectieux qui mirent la vie en danger. Mais sous l'influence du traitement la santé physique s'améliora, et en même temps l'état moral se modifia d'une manière notable. Ultérieurement, malgré la persistance de quelques accidents cutanés, il devint satisfaisant. »

Dans les observations que nous venons de rappeler, et qui contiennent les mentions de recherches nécroscopiques, il est dit, pour les unes, que l'on trouva dans le cerveau ou à tout le moins dans les méninges des lésions syphilitiques évidentes, et, pour les autres, que l'on ne trouva presque rien d'anormal. Il convient donc d'insister sur ce fait que la folie simple peut se développer chez des syphilitiques, sans que les centres nerveux aient subi la moindre altération. Le Dr Mickle s'est livré sur ce sujet à des recherches dont les résultats sont significatifs et donnent ainsi plus d'importance aux explications pathogéniques dont il a été question tout à l'heure. « On a soutenu, dit le Dr Mickle, que c'est la syphilis la plus bénigne en son principe qui cause le plus aisément la syphilis cérébrale, soit que les symptômes secondaires aient été légers ou transitoires, soit qu'ils aient passé inaperçus.

©BIUM

Un auteur a soutenu, au contraire, que la bénignité du début n'avait aucune importance, et dans un relevé qu'il a fait il a constaté la syphilis cérébrale 47 fois après des accidents graves, 30 fois après des accidents de moyenne gravité, 14 fois après des accidents bénins. J'ai pour mon compte observé des faits d'autre genre. Ils concernent des aliénés atteints de syphilis, chez lesquels, même dans le cas où la syphilis avait été le point de départ de leur folie, on ne trouvait dans l'encéphale aucune lésion syphilitique appréciable, alors que cependant la syphilis avait lésé gravement d'autres parties du corps. C'est naturellement dans les cas où la syphilis est l'agent actif de production de la folie, que cette immunité du cerveau en face des lésions syphilitiques est un sujet de grande surprise... »

L'un des faits sur lesquels s'est appuyé le Dr Mickle ne laisse aucun doute sur la portée de ces considérations. Ce fait concerne un nommé J. M..., admis en janvier 1868 à l'asile de Grove-Hall. Il était âgé de vingt-six ans. Depuis huit mois environ il était atteint d'une maladie mentale qui avait débuté d'une manière insidieuse, et qui avait été précédée par des manifestations répétées de syphilis constitutionnelle; si bien que la syphilis était regardée comme la cause de sa folie. Il avait commencé par être morose, insociable ; il marchait tête baissée, il se parlait à lui-même, et s'occupait à ramasser des cailloux qu'il croyait, disait-il, être des diamants. Il avait des moments d'agitation et de violence.

Au moment de son entrée dans l'asile, tous ces symptômes étaient très accusés et le malade était incapable de s'occuper ou de se distraire.

Les mêmes dispositions persistèrent jusqu'à l'époque de sa mort survenue en 1876 ; il était alors âgé de trente-quatre ans. Cependant il avait perdu ses tendances à la violence. Il était resté simplement dément.

De temps en temps il avait eu des accident syphilitiques, dont les derniers, affectant les os, étaient évidemment tertiaires.

Les résultats de l'autopsie furent les suivants : Du côté du cerveau on trouva la dure-mère intacte ; l'arachnoïde et la pie-mère étaient légèrement épaissies;

©BIUM

les circonvolutions étaient un peu affaissées, surtout dans les régions fronto-pariétales. A part quelques vaisseaux un peu engorgés, la masse cérébrale avait un aspect normal ; rien de saillant du côté de la couche corticale. Du côté des poumons : foyers de ramollissements pneumoniques et cicatrices de même nature ; adhérences pleurales. Le foie avait des adhérences périhépatiques ; des gommes énormes, surtout dans le lobe gauche, l'avaient envahi presque en entier. Le rein gauche présentait un foyer gommeux assez étendu.

Une particularité qu'il serait assez intéressant d'élucider, et qui pourrait jeter quelque jour sur les rapports de la syphilis et de la folie, ce serait de savoir si la syphilis survenant au cours d'une maladie mentale peut en modifier les allures et l'aspect. Le Dr Kiernan a donné quelque attention à cette partie de la question, et il a rapporté trois faits dans lesquels la syphilis a, selon lui, modifié, ou, pour mieux dire, aggravé la folie. Mais à notre avis, ses observations ne sont nullement concluantes, et c'est pourquoi nous n'y insistons pas.

En somme, pour ce qui concerne la folie simple, les auteurs que nous avons suivis estiment évidemment qu'elle peut être causée par la syphilis. Parmi les observations qu'ils ont rapportées, il y en a qui paraissent suffisamment concluantes. Toutefois, nous devons le reconnaître, elles sont en bien petit nombre. Dans celles même que nous venons de reproduire, et que nous avons choisies parmi les meilleures, l'influence pathogénique ne se dégage pas d'une manière incontestable. Ici, elle est mêlée à l'hérédité, là aux excès de boissons alcooliques, à la débauche. Dans d'autres observations on la trouverait encore mêlée à d'autres influences, à l'état puerpéral, à l'alcoolisme avéré. Aussi, la question de principe mise à part, ne peut-on se baser sur de telles observations pour généraliser, à notre point de vue actuel, l'influence de la syphilis.

Quant au mode d'action de celle-ci, quelquefois à la vérité il semble direct, lorsque, par exemple, on voit la folie débuter en même temps que l'infection ; mais d'autres fois il est bien indirect, et n'opère évidemment que par l'intermédiaire des causes morales ou de la cachexie.

©BIUM

3° *Pseudo-paralysie générale syphilitique.* Nous préjugeons ici la possibilité de la production de la paralysie générale par la syphilis, possibilité dont nous parlerons au paragraphe suivant, et nous examinons seulement le fait de savoir si la paralysie générale d'origine syphilitique peut affecter une marche, des allures particulières, qui permettent de reconnaître son origine.

On sait que chez nous, M. le professeur Fournier a soutenu, avec beaucoup d'autorité, l'existence de cette pseudo-paralysie générale, qu'il regarde comme analogue, mais non comme identique, à la vraie paralysie générale des aliénés. Suivant lui, lorsque le malade présente des paralysies partielles, des hémiplégies; lorsque les symptômes de la maladie se succèdent d'une façon irrégulière, que la santé physique s'altère brusquement et d'une manière très prononcée, il faut penser plutôt à la fausse paralysie générale qu'à la vraie. Il établit encore un autre ordre de différences tiré des lésions anatomo-pathologiques, qui, dans la pseudo-paralysie générale, affecteraient les méninges plutôt que la couche corticale du cerveau.

Les idées du Dr Fournier ont rallié des praticiens éminents, mais elles ont rencontré aussi des contradicteurs autorisés, notamment le Dr Ach. Foville, qui n'admet aucune différence symptomatique entre la paralysie générale essentielle et celle d'origine syphilitique. Tout au plus consent-il à accorder le nom de pseudo-paralysie générale à des cas dans lesquels des lésions plus ou moins circonscrites, notamment des tumeurs, ont donné lieu à des symptômes semblables à ceux de la paralysie générale (1).

Les observateurs dont nous nous occupons ne semblent pas avoir, sur cette question, des idées plus homogènes que celles que nous avons nous-mêmes. Nous en trouvons même, comme le Dr Savage, qui avouent franchement leur incertitude. Dans un mémoire qu'il a présenté au congrès de Washington, il soutient nettement qu'il n'est pas possible d'établir une ligne de démarca-

(1) *Annales médico-psychologiques* 1879. — *Rapports de la syphilis et de la paralysie générale.*

©BIUM

tion entre les dégénérescences nerveuses syphilitiques et la paralysie générale des aliénés. Du reste il va plus loin encore, et il se montre disposé à soutenir qu'il n'y a pas de paralysie générale, et que l'ensemble symptomatique ainsi nommé appartient à des lésions si différentes les unes des autres, qu'il n'est pas possible de le regarder comme propre à une maladie spéciale. Toutefois, en ouvrant la discussion sur la paralysie générale syphilitique devant le congrès, il a semblé revenir sur ce que cette opinion avait de trop absolu, et parlant d'une paralysie générale syphilitique, il a dit qu'elle peut avoir une marche irrégulière et que, plus que dans l'autre, les rémissions peuvent y être fréquentes et prolongées. Les docteurs Mickle, Down et Yellowlees ont abondé dans son sens. Mais d'un autre côté les docteurs Nichols, Spitzka, Hughes et Brush ont soutenu l'opinion contraire, de sorte qu'en fin de compte la discussion n'a aucunement élucidé la question.

D'après le Dr Hurd, on peut distinguer trois groupes de lésions syphilitiques qui, d'une manière plus ou moins prononcée, reproduisent l'ensemble symptomatique de la paralysie générale.

Au premier groupe appartiennent des lésions en foyer, telles que des syphilomes, des tumeurs gommeuses. Ces lésions agissent par compression du tissu cérébral et y provoquent l'état inflammatoire ; de là des céphalalgies prolongées, de l'insomnie, des attaques épileptiformes, de l'incoordination motrice, de l'incertitude de la marche, mais sans hémiplégie ou sans paralysie réelle. Les symptômes intellectuels sont l'irritabilité du caractère, l'émotivité, l'affaiblissement de la mémoire, l'incohérence des idées, et des conceptions délirantes diverses.

Le second groupe se rapporte aux altérations syphilitiques des artères cérébrales. Toutes les artères du cerveau, mais surtout celles de la couronne de Willis, les artères sylviennes, les artères du corps calleux et les carotides peuvent être le siège d'exsudats formés entre les divers plans vasculaires, qui finissent par obstruer le calibre du vaisseau ; à la vérité, ces lésions aboutissent le plus souvent au ramollissement cérébral. Mais elles peuvent donner lieu à des attaques convulsives, à des

©BIUM

états d'agitation maniaque ou d'affaissement et finalement à la démence.

Le troisième groupe est constitué par les cas de syphilis cérébrale à forme congestive. Dans cette forme on rencontre, dans les centres psycho-moteurs des lobes antérieurs et pariétaux, des lésions anatomo-pathologiques qui ne diffèrent en rien des lésions de la paralysie générale. Toutefois, au point de vue clinique, il y a quelques différences. Les idées de grandeur sont moins extravagantes et moins persistantes, les idées de persécution se manifestent quelquefois. La marche est chancelante, les pupilles inégales, la parole embarrassée. La mémoire, l'intelligence sont de plus en plus obscurcies, et le malade aboutit lentement au marasme et à la mort. Ce dernier groupe se rapporte, à beaucoup d'égards, à la pseudo-paralysie générale syphilitique du Dr Fournier.

4° *Vraie paralysie générale.* C'est sur cette partie de la question des rapports de la syphilis et de la folie que l'attention se porte aujourd'hui d'une manière plus spéciale. C'est elle que l'Académie de médecine a proposée comme sujet de l'un de ses prix. Pourquoi donc une étude qui, dans le principe, embrassait toutes les formes de folie, s'est-elle circonscrite à l'une de ces formes? Ce n'est pas sans doute que les autres parties du sujet offrent moins d'intérêt. C'est plutôt que la constatation matérielle des choses est plus facile. Plusieurs points sont à examiner successivement, savoir : les conditions de coïncidence de la syphilis et de la paralysie générale ; l'influence de la première sur la seconde ; le mode d'action de cette influence.

Il n'est pas douteux qu'un grand nombre d'individus atteints de paralysie générale sont atteints en même temps de syphilis. Dans quelle proportion cette coïncidence existe-t-elle? A en croire quelques observateurs tous les paralysés seraient syphilitiques, aussi bien que le sont, conformément à une opinion qui tend à se répandre, tous les individus atteints d'ataxie locomotrice ; aussi de là à soutenir que la paralysie générale est une maladie syphilitique il n'y a qu'un pas, qui a été franchi. Que disent là-dessus nos auteurs?

Les dissentiments qui se sont énergiquement produits

©BIUM

au congrès de Washington, se manifestent aussi dans les mémoires isolément publiés, et se traduisent par une contradiction formelle.

Les uns ne veulent voir nulle part l'influence de la syphilis. Au premier rang de ceux-là vient l'un des aliénistes les plus autorisés des Etats-Unis, le Dr Spitzka, qui déclare formellement que, pour lui, les seules causes de la paralysie générale sont le vin, les femmes et le chagrin. Le Dr Nichols, tout en reconnaissant que la syphilis existe chez les deux tiers de ses malades, ne la regarde pas comme une cause essentielle de la paralysie générale.

Le Dr Hurd est moins absolu ; il accorde la prééminence, parmi les causes de la paralysie générale, aux fatigues, aux excès, aux suractivités de toute sorte, à l'intempérance, à l'hérédité ; mais il consent à faire une place à la syphilis. Pour se justifier d'accorder à celle-ci un faible rôle, il met en avant un argument qui ne manque pas de valeur, et qui doit être pris en très sérieuse considération. Il montre comment la paralysie générale est devenue très commune chez les nègres depuis leur émancipation, alors qu'elle y était rare au temps de l'esclavage. Et cependant autrefois ces individus étaient tout aussi fortement qu'aujourd'hui infectés par la syphilis. Mais les conditions nouvelles de leur existence les ont entraînés à des excès qu'ils n'avaient point l'habitude de commettre ; ils se sont exposés à toutes les causes de perturbation nerveuse auxquelles sont sujets les peuples libres et civilisés, et c'est alors qu'ils ont payé un tribut fréquent à la paralysie générale. Cette observation, appuyée sur les faits et sur la statistique, est d'une importance sur laquelle on ne peut se méprendre (1).

Cependant d'autres observateurs n'hésitent pas à généraliser l'influence de la syphilis. Le Dr Hughes déclare que d'après lui la paralysie générale syphilitique est très commune. Le Dr Savage est du même avis ; il se dit convaincu que dans un grand nombre de cas il y

(1) Chez les Arabes d'Algérie la syphilis est très commune, sinon même généralisée à tous les individus ; et cependant la paralysie progressive est rare parmi eux.

©BIUM

a non seulement coïncidence, mais véritable influence originelle de la syphilis, et estime que si cette influence n'est pas plus souvent reconnue, c'est que les renseignements positifs manquent sur le passé des malades. « A Bethlem, dit-il, on ne parvient guère que chez un vingtième au plus des aliénés atteints de folie simple à retrouver la syphilis, tandis que pour la paralysie générale on a une proportion d'au moins un quart. Et plus on pénètre avant dans la connaissance exacte du passé des malades, plus souvent aussi on reconnaît l'existence de la syphilis. En beaucoup de cas, ce sont les malades eux-mêmes qui, dans les périodes de rémission, m'ont fait connaître qu'ils étaient infectés. »

Mais admettons, si l'on veut, que tous les individus atteints de paralysie générale sont en même temps atteints de syphilis. En ressortira-t-il nécessairement que cette dernière maladie soit la cause de l'autre? Là est en somme toute la question, et la solution devrait en être donnée par les faits.

Un assez grand nombre d'observations ont été produites, soit dans les mémoires particuliers, soit au congrès de Washington. Mais nous devons constater, de toute évidence, que la plupart de ces observations sont sans valeur, parce que le facteur syphilis n'y est pas assez nettement dégagé. Nous devons du reste reconnaître la bonne foi de ceux qui, comme le Dr Urquhart, tout en nous présentant des faits qu'ils qualifient sans hésiter de syphilitiques, ont soin de nous avertir que les malades étaient aussi sous l'influence de l'alcoolisme.

A tout prendre, quelques faits sont toutefois suffisamment explicites pour faire admettre en principe l'influence de la syphilis sur la production de la paralysie générale. L'un des plus nets est le suivant, où la syphilis semble seule en cause, et d'où a été exclue l'action des causes habituelles de la folie paralytique. Il est rapporté par le Dr Savage, et concerne un individu qui avait contracté la syphilis vers l'âge de vingt-quatre ans ; cet individu s'était fait soigner et les accidents syphilitiques avaient disparu. Plus tard il se maria. Il n'avait eu aucune autre maladie que la syphilis et avait mené une existence très régulière, très bien réglée. A l'âge de quarante ans, il commença à trouver que son intelligence

©BIUM

s'obscurcissait, que sa mémoire diminuait. Il perdit l'énergie. Inquiet, il consulta un médecin qui ne lui trouva rien de grave. Mais en moins de quinze jours il en vint à présenter des signes évidents de paralysie générale : insomnie, agitation, actes extravagants, tremblement marqué des lèvres et de la langue, écriture très déformée. Il mourut au bout de quelques semaines.

Si net que soit ce fait, la sanction anatomo-pathologique lui fait défaut, et l'on peut se demander encore s'il ne s'agissait pas là d'une syphilis cérébrale ordinaire à forme paralytique. Mais acceptons-le tel qu'il est, en rappelant, comme nous venons de le dire, que c'est un des rares qui semblent justifier le principe d'une paralysie générale d'origine syphilitique.

Le principe admis, il reste à savoir quelle est l'évolution pathogénique de cette paralysie générale. Vient-elle spontanément, d'une manière directe, ou bien résulte-t-elle d'excitations de voisinage qui déterminent ses lésions essentielles. Les deux opinions ont été soutenues, appuyées sur des faits ; et du reste plusieurs observateurs se sont prononcés à la fois pour les deux modes d'évolution.

Ceux qui soutiennent la propagation se basent sur la préexistence dans les centres nerveux de lésions diverses, les unes diffuses, les autres en foyer. Ils constatent que leurs malades ont présenté d'abord des signes d'ataxie locomotrice, des paralysies partielles, des indices de lésions circonscrites, qui, d'après les autopsies, sont généralement des gommes syphilitiques. Ils reconnaissent même que dans certains cas les lésions initiales ont pu guérir et disparaître, mais qu'elles ont vicié l'intégrité de l'organe et ont ainsi provoqué un état de dégénérescence obscure et lente qui finalement a abouti à la paralysie générale. En clinique, les malades qui sont dans ce dernier cas, présentent un affaiblissement, également lent et progressif, des facultés intellectuelles, avant d'aboutir effectivement à la folie paralytique. C'est à propos des malades de ce genre que le Dr Savage s'exprime ainsi : « L'étude anatomo-pathologique de certains faits mérite une grande attention. Il semble y avoir production de quelque lésion cérébrale, qui guérit, mais qui laisse l'organe affaibli, et qui sert de point de dé-

©BIUM

part à la dégénérescence. Celle-ci s'étend ultérieurement et les malades meurent après avoir présenté des signes de paralysie générale. » Ailleurs encore le même observateur revient sur la même idée et précise ce qu'il en a déjà dit. « Je crois, ajoute-t-il, que les faits de paralysie générale, que l'on peut regarder le plus certainement comme syphilitiques, sont ceux où il y a eu d'abord une lésion locale des nerfs crâniens, lésion plus ou moins bien guérie, qui, par la suite, a été le point de départ d'une dégénérescence. Il en est ainsi comme de la paralysie générale consécutive à l'ataxie locomotrice. »

Pour ceux qui envisagent la paralysie générale syphilitique indépendamment de la propagation et de l'influence du voisinage, il y a une double manière d'interpréter les choses. Les uns considèrent la tendance de la syphilis à déterminer dans les centres nerveux des troubles vaso-moteurs ; les autres ont spécialement en vue l'épuisement des organes par la maladie, épuisement qui les prédispose à l'inflammation spéciale. Le Dr Hughes est celui qui a le plus particulièrement insisté sur les troubles vaso-moteurs. Le Dr Hurd, qui regarde comme secondaire l'action de la syphilis, s'est exprimé ainsi à propos de son influence pathogénique : « Pourquoi la syphilis envahit-elle le tissu cérébral et les autres tissus nerveux de préférence aux autres parties du corps ? Simplement parce que les victimes de la syphilis cérébrale ont le cerveau déjà affaibli, épuisé, et qu'ainsi il est moins capable de résister à l'influence morbide. La syphilis cérébrale, et en général la syphilis des tissus nerveux, tout comme la paralysie générale, se rencontre principalement chez les personnes sur qui pèsent des perturbations névropathiques héréditaires ou acquises. »

Nous devons borner ici l'exposé des notions que nos confrères anglais ou américains ont produites dans ces dernières années sur la question qui nous occupe. Du reste, nous leur avons pris à peu près tout ce qu'ils pouvaient nous donner. Reste à se demander quel profit nous pouvons tirer de leur expérience.

En réalité ce profit est faible, et force est de constater qu'il ne fait guère avancer la question des rapports de la syphilis et de la folie.

©BIUM

Un seul point semble absolument hors de conteste, c'est la coïncidence très fréquente des deux formes morbides, et surtout de la syphilis avec la paralysie générale. Mais à la vérité cette coïncidence elle-même ne prouve rien.

Les arguments ne manquent pas, et des meilleurs, comme nous l'avons vu, notamment celui du Dr Hurd au sujet de la race nègre, pour permettre de nier l'influence de la syphilis sur la folie. Cependant il faut être équitable et donner à quelques faits leur valeur réelle, faits qui semblent prouver qu'il y a réellement une folie, simple ou organique, d'origine syphilitique.

La production de la folie simple, sans lésions organiques, est quelque peu difficile à comprendre, et l'on conçoit que, pour l'expliquer, nos auteurs aient eu recours à des interprétations détournées, qu'ils aient fait intervenir soit le trouble moral, soit la cachexie causée par la maladie spécifique. Mais de cette façon ils n'ont en réalité démontré qu'une chose, à savoir leur peu de foi dans la spécificité de la folie.

Le plus grand nombre d'entre eux sont d'accord pour admettre que la pseudo-paralysie générale n'existe pas plus au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique, et que, si l'on veut conserver ce nom, il faut l'appliquer à des cas où des lésions quelconques ont donné lieu à des phénomènes d'ordre paralytique. Du reste, si la syphilis cérébrale, soit sous forme de tumeurs gommeuses, soit sous forme de lésions artérielles, donne lieu à des troubles intellectuels, cela n'a pas lieu de surprendre. Il en est ainsi de toutes les lésions. Il suffit que le tissu cérébral soit altéré pour que ses fonctions le soient également. Ce dont il faudrait s'étonner, c'est que la syphilis n'eût pas, sous ce rapport, une action équivalente à celle de toutes les maladies qui peuvent agir sur le système nerveux central.

Reste la vraie paralysie générale, au sujet de laquelle la lumière n'est pas plus complètement faite que pour le reste, et pour laquelle, sauf en quelques cas où l'influence de la syphilis semble seule en cause, il faut tenir grand compte des influences communes invoquées habituellement jusqu'ici.

©BIUM

Ainsi donc, en restant sur le terrain occupé par nos confrères d'outre-mer, nous devons reconnaître que si le principe de la folie d'origine syphilitique doit être admis, rien ne permet d'en étendre beaucoup l'application. Il faut même considérer que nous sommes avec eux en présence d'opinions plutôt que de faits. Or, il faut se défier des opinions et du courant qui les entraîne, lorsque les faits qui les appuient ne sont pas nombreux et incontestables ; car la science se fixe définitivement non sur les appréciations, mais sur les faits.

Et si maintenant il nous est permis d'exposer notre avis personnel, nous dirons que nous croyons à l'existence d'une folie d'origine vraiment syphilitique, mais que nous la tenons pour assez rare et que, dans la grande majorité des cas qui la concernent, elle nous semble devoir être rattachée à la syphilis cérébrale proprement dite. En ce qui concerne la paralysie générale ainsi produite, s'il fallait prendre parti pour un mode d'interprétation pathogénique, nous nous rangerions sans hésiter à celui que M. le Dr Régis a proposé récemment et qu'il a formulé avec sa grande compétence clinique, à savoir que la syphilis ne joue qu'un rôle accidentel, et qu'elle a besoin de trouver un terrain bien préparé (1). Un individu est prédisposé aux maladies organiques des centres nerveux ; il est, suivant l'expression admise, *un cérébral ;* s'il reste indemne de syphilis, il ne deviendra peut-être pas paralytique ; mais s'il contracte la syphilis, celle-ci pourra, en agissant sur l'activité morbide du cerveau, provoquer l'explosion de la paralysie générale.

Si la question des rapports de la syphilis et de la folie est encore en grande partie dans le domaine des données hypothétiques, il ne faut cependant pas désespérer de la voir entrer dans celui des faits. Espérons que l'appel de l'Académie de médecine aura été entendu, et que des mémoires, riches de faits nombreux, indiscutables, bien spécifiés et bien observés, viendront mettre hors de doute l'influence de la syphilis sur la production de la folie.

(1) E. Régis. *Note sur les rapports de la paralysie générale et de la syphilis.* — *Gazette médicale de Paris*, 9, 16 et 30 juin 1888.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 30 JUILLET 1888

Présidence de M. COTARD

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

Correspondance et présentations d'ouvrages.

1° Des lettres de remerciements de MM. Dupain et Vétault, nommés membres titulaires dans la séance précédente;

2° Une lettre de M. Roberto Massalongo, médecin de l'Hôpital major de Vérone (Italie), sollicitant le titre de membre associé étranger, avec ses titres et travaux scientifiques. — Commission : MM. Delasiauve, Charpentier et Marandon de Montyel, rapporteur;

3° Une lettre de M. Silvio Venturi, directeur du manicome provincial de Catanzaro, demandant le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Magnan, Paul Garnier et Moreau (de Tours), rapporteur.

4° Une lettre de M. N. Popoff, professeur à l'Université de Varsovie, sollicitant le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Cotard, Ritti et Rouillard, rapporteur.

5° Une lettre de M^lle^ Zénaïde de Gorsky sollicitant le titre de membre associé étranger, avec sa thèse sur la *folie puerpérale*. — Commission : MM. Magnan, Paul Garnier et Dupain, rapporteur.

M. ROUILLARD dépose sur le bureau, au nom de M. le D^r^ Arnaud, interne des asiles de la Seine, sa thèse inaugurale intitulée : *Recherches cliniques sur la paralysie générale chez l'homme.*

M. RITTI donne lecture de la lettre suivante :

Paris, 30 juillet 1888.

Monsieur le Secrétaire général,

Depuis plus de trente-cinq ans j'appartiens à la Société médico-psychologique. J'ai participé à ses tra-

©BIUM

vaux et j'ai suivi ses séances avec assiduité. La Société m'a confié, pendant longues années, les fonctions de secrétaire annuel, de secrétaire général et plus tard celles du président ; je conserve précieusement le souvenir de sa bienveillance pour moi. Je ne veux ni me séparer d'elle, ni m'en éloigner ; je tiens à rester un de ses fervents. Mais il convient de faire place aux jeunes ; le cadre des membres titulaires est aujourd'hui complet. Je demande le titre de membre honoraire, par application d'un article de notre règlement ; je laisse ainsi une place à un nouveau collègue sans cesser d'être avec vous. Veuillez recevoir, Monsieur le Secrétaire général, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Dr Ch. Loiseau.

La demande exprimée dans la lettre précédente est adoptée à l'unanimité et M. Ch. Loiseau est nommé membre honoraire. Par suite de ce vote, une place de membre titulaire est vacante.

Rapports de candidature.

M. Paul Garnier. — Messieurs, dans votre dernière séance, vous avez désigné une commission composée de MM. Ball, Bouchereau et Paul Garnier, à l'effet d'examiner les travaux de M. le Dr Pichon, candidat au titre de membre de la Société médico-psychologique.

M. le Dr Pichon est loin, Messieurs, d'être un inconnu pour vous. Ancien interne, médaille d'or des asiles de la Seine, actuellement chef de clinique des maladies mentales et médecin adjoint à l'asile Sainte-Anne, il s'est signalé à votre attention par divers mémoires sur la pathologie cérébrale. L'année dernière vous lui décerniez le prix Esquirol pour son travail sur : *Les délires multiples*. Enfin, avant de vous demander de participer à vos débats, à titre de collègue, il s'y est activement mêlé, dans ces derniers mois, par des communications dont vous avez certainement apprécié le véritable esprit clinique.

©BIUM

Aussi bien, Messieurs, penserez-vous qu'il serait superflu de revenir longuement aujourd'hui sur les diverses questions abordées par M. Pichon. Vous vous souvenez peut-être que j'ai déjà eu l'occasion de vous présenter, en 1885, le compte rendu sommaire de son importante thèse inaugurale intitulée : *De l'épilepsie, dans ses rapports avec les fonctions visuelles*, qui a obtenu une récompense de la Faculté (médaille d'argent). Je rappellerai seulement que cette étude avait pour objet d'établir que l'épilepsie est susceptible de provoquer dans l'appareil visuel non seulement des troubles transitoires en rapport avec l'ictus comitial, comme l'hyperémie rétinienne paroxystique, mais encore de déterminer, à la longue, par le fait de la fréquente répétition des accès, des lésions permanentes du fond de l'œil. La congestion irritative forme le premier stade du processus sclérosique aboutissant à l'atrophie papillaire, à la cécité. La conclusion serait donc celle-ci : en se dégageant aussi complètement que possible des cas d'épilepsie symptomatique, dite partielle ou Jacksonienne et en restant sur le terrain de l'épilepsie névrose ou essentielle, il y aurait lieu de reconnaître une *atrophie papillaire épileptique*.

Mais sans plus m'arrêter sur ce sujet, je dois en venir à vous parler d'une façon plus spéciale de l'ouvrage dont M. Pichon vous faisait hommage récemment et que vous aviez bien voulu, à ce moment, me charger d'analyser : *Les maladies de l'esprit*.

Le but que s'est proposé notre laborieux confrère, en entreprenant ce travail, a été, non de composer tout un traité didactique, mais seulement d'esquisser, dans une revue rapide, les principaux désordres intellectuels que l'on peut considérer, dans l'état actuel de nos connaissances, comme des *éléments délirants simples*.

Pour la réalisation de ce programme, il a estimé que le mieux était d'étudier ces éléments délirants simples, en les surprenant dans leur évolution simultanée chez le même individu.

Dans une première partie, il s'occupe successivement du délire des persécutions et des grandeurs, de la paralysie générale, de la folie des dégénérés ; la seconde partie est consacrée à l'étude comparée des principaux

©BIUM

délires toxiques, alcoolisme, absinthisme, morphinisme, éthéromanie, chloralisme.

M. le Dr Pichon touche aussi à la plupart des chapitres de la pathologie mentale et c'est plus, à vrai dire, dans la diversité des questions soulevées que dans l'homogénéité, que semble tout d'abord résider le principal intérêt du livre. Nous allons voir cependant que toutes ces questions sont reliées entre elles par une idée fondamentale.

Observateur attentif et consciencieux, M. le Dr Pichon s'est surtout appliqué à l'étude de ces états complexes que j'appellerais volontiers : *des pluralités psychopathiques individuelles*, en opposant, dans cette brève formule, l'unité du support à la multiplicité des délires qui s'y donnent rendez-vous. Ce sont des complexus cliniques, dont la dissociation, la dissection symptomatologique, exigent un esprit sagace, pénétrant, rompu aux difficultés de la séméiologie.

Au point de vue de l'intérêt que peut offrir la coexistence de plusieurs délires d'origine différente chez le même individu, je ne connais guère d'exemples mieux choisis et plus instructifs que le cas d'un malade, le nommé E... dont l'observation est très détaillée, très fouillée dans le livre de M. Pichon. Cet aliéné que, pour ma part, je connais fort bien, car j'ai eu, lors de son passage à la préfecture de police, l'occasion de constater chez lui cette *pluralité psychopathique* dont je parlais à l'instant, a été trouvé porteur de quatre délires d'origine distincte, chacun d'eux ayant son autonomie propre. Quelles sont donc, demandera-t-on, les parties composantes de cette *individualité délirante quaternaire*, si je puis ainsi dire? Les voici telles que l'auteur les isole : délire des persécutions, délire alcoolique, délire épileptique, état psychopatique propre aux dégénérés. Je dois indiquer ici, afin de laisser à M. Pichon le mérite de cette analyse si loin poussée, que j'avais seulement noté, dans mon certificat immédiat, la coexistence de vertiges épileptiques et d'un délire de persécution systématisé. Je dois aussi avouer que pour ma part j'aperçois comme une contradiction dans le fait de décrire un délire de persécution ou délire chronique, chez un dégénéré héréditaire. Cette observation est à rappro-

©BIUM

cher des cas analogues publiés par mon excellent maître M. Magnan (1) et moi (2), lorsque, en 1880, nous avons attiré l'attention sur ces faits de coexistence.

La seconde partie de l'ouvrage renferme des aperçus intéressants sur les effets funestes des poisons du jour, sur l'alcoolisme, le morphinisme, l'éthéromanie, le chloralisme. Là encore l'auteur s'attache à distinguer les phénomènes cliniques propres à chaque substance, lorsque l'individu s'est placé sous l'action simultanée de plusieurs poisons.

D'importantes considérations médico-légales accompagnent la relation détaillée d'exemples curieux de l'association de l'alcoolisme avec le morphinisme ou le chloralisme. M. Pichon, d'accord en cela avec le professeur Lasègue, insiste sur ce fait, à savoir, que dans cette question des intoxications, c'est surtout au terrain qu'il faut accorder toute son attention. Presque toujours l'intoxiqué est préparé à subir le joug de sa passion, par un état mental spécial préalable; il se recrute, de préférence, parmi les héréditaires dégénérés.

L'ouvrage de M. Pichon est à proprement parler l'histoire des *délires multiples*. Les difficultés inhérentes à une pareille étude n'ont pas besoin d'être signalées : elles sont connues de tous ceux qu'occupe l'étude de la pathologie cérébrale. Il faut le féliciter de n'avoir pas hésité devant une tâche aussi ardue. Quand on a ainsi constaté que c'est sur ce point particulier que porte tout l'effort dont ce livre est le produit, on est presque tenté de regretter que l'auteur, au lieu de ce titre un peu vague et par trop compréhensif de : *Maladies de l'esprit*, n'en ait pas choisi un autre plus spécialement en rapport avec l'idée directrice, et se désignant, de lui-même, à la recherche bibliographique pour les travaux à venir qui auront cette question pour objet. Quoi qu'il en soit, M. Pichon, je me plais à le répéter, a fait œuvre de clinicien : son travail est le fruit d'études sérieuses; chemin faisant, il soulève bien des points

(1) Magnan. *De la coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même aliéné.* In *Arch. de neurologie*, 1880.

(2) Paul Garnier. *Délire épileptique avec coexistence du délire chronique des persécutions.* In *Gaz. hebd.*, février 1880.

©BIUM

controversés que nos récents débats, au sein de cette Société, viennent de mettre en pleine lumière. Il n'en fuit pas la discussion, mais il y apporte, le plus souvent, la réserve, le tempérament d'un esprit éclectique qui atténue les divergences et voit un accord possible entre des opinions dont l'écart est parfois plus apparent que réel.

J'ai terminé, Messieurs, mais avant de clore ce compte rendu, je suis sûr d'être votre fidèle interprète en louant notre laborieux confrère pour le zèle, la consciencieuse ardeur et le véritable savoir qu'il met au service de la science mentale et en lui promettant qu'il recevra le meilleur accueil parmi vous. C'est donc avec empressement que votre commission vous propose d'accorder à M. Pichon le titre qu'il sollicite.

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

M. SAURY. — Messieurs, vous avez nommé une commission, composée de MM. Magnan, Briand et Saury, pour examiner la candidature de M. le Dr Legrain qui demande à faire partie de notre Société, en qualité de membre titulaire. Le rapport que j'ai l'honneur de vous présenter explique largement nos conclusions favorables. Il aurait presque suffi de rappeler que, tout récemment encore, dans la séance du 30 avril 1888, vous accordiez à notre confrère l'une de vos meilleures distinctions annuelles, en le proclamant second lauréat du prix Aubanel.

La question à traiter : *Du rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme*, pouvait être envisagée sous différents aspects. M. Legrain l'avait, je crois, bien comprise en étudiant non pas seulement la descendance, mais surtout les antécédents héréditaires de l'alcoolique, et en le montrant comme un produit déjà taré, avant l'intoxication. Ce fait ressort de la lecture des 117 observations contenues dans le travail que vous avez si justement récompensé. Une remarque non moins importante s'en dégage, c'est que la tendance à boire se transmet par hérédité dans les deux tiers des cas, autrement dit que les deux tiers des ivrognes sont fils d'ivrognes.

Le mémoire comprend sept chapitres, longuement

©BIUM

développés, où l'auteur décrit successivement : les origines et l'état mental du buveur, les accidents multiples de l'alcoolisme, l'épilepsie absinthique, la dipsomanie, etc. A noter, en passant, des aperçus nouveaux sur les diverses formes de l'ivresse, qu'il faudrait distinguer en ivresse simple et en ivresse pathologique, cette dernière spéciale aux dégénérés.

Mais je n'ai pas l'intention de pousser plus avant l'examen d'un sujet dont il vous a déjà été rendu compte. Je crois également inutile d'apprécier en détail la thèse inaugurale de M. Legrain (*Du délire chez les dégénérés*), soutenue en 1886, et couronnée par la Faculté de médecine. Vous connaissez tous cet excellent travail, au moins par l'analyse qui vient d'être publiée dans les *Annales médico-psychologiques*, et du reste les intéressantes discussions qui ont eu lieu ici même, sur les dégénérescences, me permettent de résumer d'un mot les conclusions générales du livre, en disant qu'elles s'inspirent des idées de M. Magnan.

Le grand esprit clinique dont M. Legrain a fait preuve dans les deux ouvrages précités, se retrouve dans ses autres publications, parmi lesquelles je signalerai surtout les suivantes :

1° *Note sur un cas d'inversion du sens génital avec épilepsie* (in *Archives de Neurologie*, 1885). — C'est l'observation d'un dégénéré imbécile, chez lequel les anomalies sexuelles s'étaient développées dès le jeune âge, et avaient affecté le type inverti. Le cas est intéressant parce que l'anomalie instinctive a conservé le même caractère jusqu'à une époque assez avancée de la vie. Plus tard, l'aberration porta le malade à rechercher le coït avec sa mère. L'épilepsie est notée à titre de coexistence.

2° *De l'impulsion au suicide* (in *Journal des connaissances médicales*, 1886). — Cet article comprend huit observations de dégénérés, possédant la véritable impulsion irrésistible au suicide, l'impulsion conscie[illegible] et dégagée de toute sollicitation hallucinatoire ou déli[illegible]nte proprement dite. Quelques-uns de ces malades accusent de l'hérédité similaire, fait tendant à démontrer, avec bien d'autres d'ailleurs, que les syndrômes épisodiques représentent des formes intégralement transmissibles,

©BIUM

et qu'ils ne sauraient être détachés du cadre de la folie héréditaire.

3° *Contribution à l'étude de la folie communiquée* (in *Archives de Neurologie*, 1888). — M. Legrain établit une distinction essentielle entre la folie communiquée et la folie à deux. Dans la *folie communiquée*, un malade actif influence un malade passif : le premier, seul auteur du délire, est ordinairement un individu intelligent ; le second est toujours un débile, dont la faiblesse intellectuelle constitue l'élément indispensable de la contagion. Dans la *folie à deux*, il en serait autrement : deux malades, pouvant être tous les deux intelligents, s'associent pour édifier un délire, à la préparation duquel chacun apporte une part égale. L'un n'est pas la victime de l'autre ; tous deux sont également actifs.

Des considérations psychologiques et médico-légales accompagnent ce remarquable travail, basé sur neuf observations, dont l'une de triple suicide par folie communiquée. M. Legrain conclut, avec raison, en faveur de l'irresponsabilité absolue, aussi bien pour le délirant actif que pour le délirant passif.

4° *Rapport sur la situation de la colonie de Vaucluse, en 1887, et sur sa réorganisation.*

5° *Les arriérés de l'esprit, leur éducation* (in *Bulletin de l'Union française de la jeunesse*, 1888).

Dans ces deux études, qui se complètent l'une par l'autre, M. Legrain fait l'analyse de l'état mental du dégénéré et vise spécialement son instruction et sa réforme morale. Il classe les dégénérés suivant leurs aptitudes et leur degré présumé de perfectibilité ; puis il passe en revue les méthodes à mettre en usage pour chacune de ces catégories. Les résultats obtenus à Bicêtre et à Vaucluse, par l'éducation professionnelle chez les simples débiles, et par l'éducation des sens chez les idiots, seraient très favorables et très encourageants.

Messieurs, permettez-moi de terminer cette longue énu[illegible]ation, mais non sans ajouter qu'après son internat dans les asiles de la Seine, notre jeune et distingué confrère a été désigné pour remplir les fonctions de médecin en chef de la colonie de Vaucluse. Vous jugerez certainement, avec votre commission, qu'en décernant à M. Legrain le titre qu'il sollicite, vous associez à nos

©BIUM

travaux un collaborateur de mérite, un collègue instruit, actif et dévoué.

Les conclusions du rapport précédent sont adoptées et M. Legrain est, à l'unanimité, nommé membre titulaire.

Du délire ambitieux chez les alcooliques et de sa signification au point de vue du pronostic.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture du travail suivant, envoyé par M. le Dr LAGRANGE, médecin-adjoint du quartier des aliénés de Poitiers, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant :

Dans l'introduction de son traité sur l'alcoolisme, M. Magnan dit : « Si depuis quelques années les questions relatives à l'alcoolisme ont eu le privilège d'attirer l'attention générale, les derniers événements ont suffisamment démontré que ce n'est pas trop des efforts réunis de tous, médecins, philosophes, législateurs, pour conjurer le danger pressant qui menace à la fois la santé, la morale et la société. »

Or, si nous en jugeons d'après les nombreux cas d'alcoolisme que nous avons vus récemment pendant un mois entier dans le service d'admission de l'asile Sainte-Anne, il n'y a rien à changer à ce qui a été dit par M. le Dr Magnan.

C'est au milieu de cette véritable fourmilière d'intoxiqués par l'alcool que nous avons observé un certain nombre d'individus présentant des symptômes particuliers, qu'on rencontre fréquemment dans l'alcoolisme chronique, symptômes se manifestant de préférence chez les dégénérés, et marquant bien, à notre avis, cette période intermédiaire d'acheminement vers la paralysie générale, dont elle est pour ainsi dire le prélude, à moins qu'elle n'aboutisse directement à la démence.

Cette période de transition, signalée par M. Magnan, est, comme il l'indique, quelquefois longue, parfois difficile à bien déterminer, et elle tient le diagnostic en suspens ; elle est principalement caractérisée par des idées ambitieuses et de satisfaction, et ce symptôme nous paraît avoir une valeur réelle au point de vue du pronostic, lorsqu'il apparaît à plusieurs reprises chez les

©BIUM

alcooliques chroniques. N'y a-t-il pas, du reste, une relation directe entre les désordres accomplis dans les centres nerveux par les irritations répétées que l'alcool y a déterminées et les idées ambitieuses, à la fois preuve et conséquence de lésions des centres intellectuels ?

Tous les aliénistes sont d'accord pour regarder la tendance à créer des conceptions orgueilleuses comme un signe de faiblesse intellectuelle innée ou acquise ; et si, comme le dit M. le Dr Garnier, dans sa thèse remarquable, « les idées ambitieuses ne sont pas la caractéristique de l'encéphalite interstitielle diffuse, elles constituent un des symptômes importants de la paralysie générale. » — A propos de cette affection, M. J. Falret dit également : « La fréquence des idées orgueilleuses, ainsi que la prédominance de la faiblesse intellectuelle, dès le début de la maladie, sont déjà deux faits acquis à la science. »

Enfin, M. Foville, dans son historique du délire des grandeurs, affirme que l'existence seule de ce genre de délire doit être considérée comme l'indice à peu près certain de la paralysie générale.

En rapprochant la grande ressemblance qu'il y a entre l'état intellectuel de certains alcooliques chroniques et celui des paralytiques au début, on est donc d'autant plus porté à croire qu'il y a, chez ces deux sortes de malades, similitude de lésions, que les aliénistes s'accordent pour attribuer une place importante à l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale. Aussi est-il indiqué, croyons-nous, d'observer avec la plus grande attention ce délire ambitieux, revêtant les mêmes apparences, marqué à peu près du même cachet de déchéance intellectuelle, et que l'on rencontre si fréquemment, d'une part chez les paralytiques généraux, d'autre part chez les alcooliques chroniques, alors que ceux-ci ne sauraient être autrement dénommés, et que le diagnostic d'alcoolisme chronique s'impose seul.

Au surplus, nous savons que si l'alcool détermine le plus ordinairement, par son action prolongée, la stéatose de tous les organes et l'athérome artériel, il produit aussi une tendance marquée aux irritations chroniques diffuses ; nous voyons donc l'alcoolisme chronique, selon la prédominance de l'une ou l'autre de ces lésions,

©BIUM

marcher vers la démence ou vers la sclérose interstitielle diffuse.

Assurément les idées ambitieuses ou de satisfaction que présentent les alcooliques ne leur appartiennent pas exclusivement et elles ont été observées dans bien d'autres genres d'aliénation mentale ; mais nous pensons que chez les alcooliques chroniques elles ont une signication d'une importance réelle, puisqu'elles coïncident avec un affaiblissement intellectuel correspondant à des lésions constituées et devant presque fatalement aboutir à la démence ou à la paralysie générale.

Les idées ambitieuses qu'émettent les alcooliques chroniques apparaissent quelquefois d'une façon passagère, fugitive même, et peuvent être masquées par d'autres symptômes, ou englobées au milieu d'eux, ainsi que cela arrive assez fréquemment dans le cours d'un de ces accès aigus qui ne sont pas rares dans l'alcoolisme chronique ; elles peuvent succéder sans transition aux idées terrifiantes, ou bien survenir lorsque celles-ci s'accusent moins nettement, lorsque le délire est moins actif.

Ce délire ambitieux disparaît ordinairement assez vite pour apparaître de nouveau, et ce retour est possible même sans nouveaux excès, présentant sous ce rapport de l'analogie avec les crises épileptiques des buveurs d'absinthe.

M. J. Falret fait remarquer « l'étonnement dont on est frappé en voyant des aliénés paralytiques généraux en proie depuis longtemps au délire des grandeurs le plus multiple et le plus incohérent revenir comme par enchantement à un état presque normal, reconnaître leurs erreurs, etc. »

Or, parmi les alcooliques que nous avons observés, nous rencontrons aussi ce caractère affecté par leur délire.

A l'appui de la valeur que nous attribuons au délire ambitieux chez les alcooliques chroniques et de la signification qu'il nous paraît avoir pour permettre d'affirmer l'existence d'une période intermédiaire entre l'alcoolisme chronique et la paralysie générale, nous citerons l'observation suivante, qui nous est personnelle, et nous établirons les liens de rapprochement qui existent entre les symptômes présentés par le ma-

©BIUM

lade et celui de l'observation 28, relatée dans le traité de M. Magnan.

Le 11 mai 1888, F..., âgé de cinquante et un ans, garçon de magasin à Paris, entré à l'asile Sainte-Anne, venant de la préfecture de police, avec un certificat du Dr Garnier constatant qu'il est atteint d'alcoolisme chronique avec accès aigu, agitation, extravagances, propos sans suite; qu'il s'est présenté au bureau de police en déclarant être le président de la République, et en demandant à être conduit à l'Elysée. Ce malade était sorti de Villejuif depuis huit mois, et c'est pour la quatrième fois qu'il entre à Sainte-Anne avec les mêmes accidents. Lors de la deuxième entrée, M. Magnan constate qu'il est microcéphale et atteint de débilité mentale; il est fils d'un cantonnier mort à soixante-huit ans, ayant toujours été, lui aussi, un grand buveur, et s'étant marié trois fois ; c'est de son troisième mariage qu'il a eu pour unique enfant le sujet de cette observation, dont la mère est morte à soixante-deux ans d'une hydropisie symptomatique de nous ne savons quelle affection. Une sœur et un frère consanguins de F... sont morts brusquement ; le frère buvait beaucoup et avait perdu d'une méningite un enfant âgé de six ans. F... s'est engagé à seize ans dans les équipages de la flotte, où il est resté trois années, puis il a contracté un nouvel engagement à l'époque de la guerre d'Italie, et est resté pendant deux ans au 16e de ligne. D'après lui, ces deux périodes se seraient écoulées sans qu'il commît d'excès de boissons, ce qui est peu probable, étant donnés le milieu dans lequel il s'est trouvé et sa tare originelle, avec laquelle il a naturellement apporté un défaut d'équilibre, une insuffisance de la volonté nécessaire pour se soustraire aux influences mauvaises vis-à-vis desquelles il pourrait se trouver placé.

Quoi qu'il en soit, en 1866, il est employé de chemin de fer dans le département de la Sarthe, où il reste quatre ans, et il avoue y avoir beaucoup bu de cidre et d'eau-de-vie. A partir de l'année 1870, dit sa femme, il est devenu de plus en plus ivrogne, buvant, en outre de diverses boissons alcooliques, plusieurs verres d'absinthe par jour. N'est-ce pas, du reste, à l'intoxication par ce liquide qu'il doit d'avoir éprouvé ce qui suit :

©BIUM

un jour de l'année 1876, étant monté dans une échelle il ressentit dans le gros orteil du pied gauche une sensation douloureuse, accompagnée de fourmillements, d'angoisse épigastrique et de dyspnée, s'irradiant vers la partie supérieure du corps. Cette sorte d'aura se reproduisit trois fois dans la même journée, sans perte de connaissance, et fut suivie d'une paralysie de tout le côté gauche, y compris la langue, de courte durée, mais qui laissa subsister pendant quelque temps de la lourdeur dans la jambe gauche.

Aussitôt sorti de Villejuif, et après avoir vainement, dit-il, cherché du travail, il se remit à boire, puis apprit la mort subite de son frère et devint dès lors très surexcité. D'après les dires de sa femme, il l'aurait menacée de la frapper avec des chaises pendant un des accès de fureur auxquels il a été en proie ; il grimaçait et avait des secousses dans les membres comme s'il eût été frappé du haut mal. Une fois, il prit un battoir et s'en frappa la tête, puis une autre il s'abandonna au désespoir, déclarant qu'il allait se tuer, puisqu'il n'était plus bon à rien.

Ces troubles somatiques et psychiques alternaient avec des idées ambitieuses et de dépression morale. Il lui arriva plusieurs fois, à des intervalles plus ou moins éloignés, de se croire riche, de parler de projets grandioses, de déclarer qu'il voulait être président de la République. Enfin, dans un des nombreux accès aigus d'alcoolisme dont il a été atteint, il s'imagina avoir tué sa femme, et alla se dénoncer comme ayant accompli ce meurtre. Ce malade est donc bien manifestement un alcoolique chronique.

Lorsque nous l'avons interrogé et lui avons rappelé les idées ambitieuses qu'il avait exprimées, il ne les a pas avouées, et a prétendu avoir voulu se faire conduire à l'Elysée pour faire valoir ses droits à une pension, et, s'il ne les a pas abandonnées avec l'insouciance signalée par M. Falret chez les paralytiques aliénés, c'est que son niveau intellectuel, quoique manifestement affaibli, n'est pas encore descendu à l'état démentiel qui caractérise la paralysie générale dès son début. F... déclare, au contraire, qu'on s'est assurément trompé, qu'il n'a jamais manifesté des désirs aussi peu en rap-

©BIUM

port avec sa situation, confirmant ainsi les remarques faites par M. Voisin chez les alcooliques chroniques, qui, dit-il dans ses leçons, conservent les apparences les plus trompeuses et nient l'évidence la plus complète.

Le 23 mai, F... est transféré à l'asile de Villejuif; à cette date il ne manifeste pas d'idées ambitieuses et répond passablement aux questions qu'on lui adresse, ne conservant de ses accidents alcooliques qu'un peu d'incohérence et du tremblement dans les mains. Pendant son séjour à Sainte-Anne, on n'avait constaté aucune hésitation de la parole, aucun trouble de la sensibilité générale, ni de la motilité; les sens de l'ouïe et de la vue étaient intacts, les réflexes prérotuliens normaux, un en apparence, à part un peu de subexcitation et d'obtusion intellectuelle, cet individu est dans un état presque normal.

Cependant, ainsi que nous l'avons déjà dit, il s'agit bien, d'une façon irrécusable, d'un alcoolique chronique, ayant depuis plus de vingt ans l'habitude d'absorber à doses élevées de l'alcool et de l'absinthe, et ayant présenté à plusieurs reprises du délire ambitieux, dont la cause ne peut être attribuée qu'aux lésions produites dans les centres intellectuels par les irritations chroniques diffuses de l'alcool.

On pourra nous objecter que, si les symptômes présentés par ce malade appartiennent réellement à l'alcoolisme chronique, il n'est pas permis pour cela de préjuger le développement de la paralysie générale; sans doute, nous n'affirmons pas que F... versera fatalement vers cette maladie, et qu'il y aboutira plutôt qu'à la démence. Cependant, en raison de la possibilité que l'alcool a de produire la sclérose interstitielle, d'une part; en raison de la fréquence des idées ambitieuses chez les alcooliques chroniques et chez les paralytiques généraux, d'autre part, on est conduit à penser que ces conceptions puisent souvent leur source dans un état cérébral identique, qu'elles ont bien des fois une même signification, et que, dans des cas comme celui qui nous occupe, elles peuvent indiquer que le malade est arrivé à cette période intermédiaire, qui le sépare pour un temps plus ou moins long de la paralysie générale.

©BIUM

Nous ne pouvons mieux appuyer notre assertion, croyons-nous, qu'en comparant l'observation que nous venons de rapporter à celle qui, dans le traité de M. Magnan, porte le n° 28, et dont nous ne donnons qu'un résumé, car elle a déjà été publiée.

B... ayant des habitudes d'ivrognerie depuis l'année 1856, entre à l'asile Sainte-Anne pour la première fois le 14 juin 1869, avec un certificat du Dr Lasègue constatant qu'il est atteint de délire alcoolique subaigu, datant de six jours, d'excitation nocturne, et qu'il a eu une attaque d'épilepsie. Au mois de mars précédent, il avait été pris d'une attaque convulsive avec perte de connaissance, à la suite de laquelle la langue était restée embarrassée pendant trois heures. — Il ne présente actuellement que les symptômes ordinaires de l'alcoolisme, sort guéri à la fin de juillet, reprend son travail, et n'offre rien de particulier, si ce n'est qu'il devient très économe, presque avare; il ne bégaie pas et n'a pas d'embarras de la parole. Deux ans après, B... revient avec du délire alcoolique, des hallucinations, etc. Sa femme déclare qu'il s'enivre constamment depuis six mois, qu'il a enlevé de chez lui et vendu des effets et qu'il manifeste des idées de grandeur et de satisfaction : il va aller acheter des chevaux, des bottines vernies, vivra de ses rentes, etc. Les symptômes aigus, ainsi que les idées ambitieuses disparaissent peu à peu, et il sort avec un léger affaiblissement intellectuel. Douze jours après, il revient avec un affaiblissement intellectuel plus accentué et une diminution notable de la mémoire.

D'après sa femme, pendant ces douze jours il n'a eu aucune conscience de ses actes, et il a été atteint d'une crise épileptiforme, quoique n'ayant pas commis de nouveaux excès. Le 30 novembre 1872, il revient dans un état analogue, mais plus prononcé, avec un retour des idées ambitieuses. Le 1er novembre, il dit qu'il ira à Versailles voir le président de la République; puis les idées ambitieuses s'accentuent, l'hésitation de la parole devient plus manifeste, la sensibité générale est obtuse, et le malade meurt le 4 octobre. — L'autopsie vient confirmer le diagnostic de paralysie générale.

Voici les remarques dont M. Magnan fait suivre cette observation. Vingt et un mois après le début des acci-

©BIUM

dents alcooliques, survient un accès de délire aigu après lequel se montrent des idées de satisfaction ; les facultés sont affaiblies ; c'est l'origine de la période intermédiaire entre l'alcoolisme et la paralysie générale. Le délire disparaît ainsi que les idées ambitieuses, mais l'intelligence est compromise, et l'on peut prévoir leur retour plus ou moins prompt et la transformation de cette période intermédiaire en un état ne laissant plus aucun doute et permettant d'affirmer la paralysie générale. Cette observation et la nôtre présentent la plus grande analogie jusqu'à la période intermédiaire, caractérisée surtout par des idées ambitieuses, dont la reproduction indique bien des lésions constituées dans les centres intellectuels. Dans les deux cas il s'agit de vétérans de l'ivrognerie. Le malade dont M. Magnan donne l'histoire complète a franchi la période intermédiaire, à laquelle le nôtre est seulement arrivé ; celui-ci n'est encore qu'un candidat à la paralysie générale, il sort guéri, en apparence, comme cela était arrivé au malade de M. Magnan, mais avec un affaiblissement intellectuel marqué, provenant de lésions cérébrales acquises, qui le conduiront très probablement à la démence ou à la paralysie générale.

Nous ajouterons, comme remarque personnelle, que les idées ambitieuses des alcooliques chroniques arrivés à la période intermédiaire, n'ont pas encore le décousu, le caractère entièrement absurde de celles qu'émettent les paralytiques généraux ; il y a, entre ces deux manifestations délirantes similaires, une nuance assez marquée.

Nous rapporterons encore l'observation d'un alcoolique dégénéré, malgré que le diagnostic d'alcoolisme chronique ne soit pas indiscutable.

C..., âgé de quarante-trois ans, entre le 11 mai 1888 à Sainte-Anne, avec un certificat constatant de la débilité mentale, des idées ambitieuses incohérentes de richesse, de satisfaction et de persécution imaginaire, ainsi que des excès alcooliques. Cet homme a toujours été très excitable, et, depuis quelque temps, il se croit en butte à des persécutions qui seraient exercées contre lui par un nommé Fernandez, son camarade d'atelier, ébéniste en pianos comme lui. A la suite d'excès alcooliques, qui ne sont pas les premiers, il a voulu frapper

©BIUM

ceux qui l'entouraient, et a manifesté des idées ambitieuses, déclarant entre autres choses, que le général Boulanger allait venir dîner en ami avec lui, et qu'il épouserait bientôt une princesse.

Au moment où nous l'examinons, il ne paraît plus se souvenir de ce qu'il a dit, ou, plutôt, il cherche à nier les propos ambitieux qu'il a tenus ; il dit même n'avoir pas commis d'excès de boissons. Cependant, en poursuivant avec patience nos investigations, et en lui faisant raconter sa vie passée, nous apprenons qu'il a séjourné en Afrique comme soldat pendant vingt-neuf mois, et que, pendant tout ce temps, il a bu journellement, comme ses camarades, dit-il, quatre ou cinq verres d'absinthe. Depuis cette époque, a-t-il régulièrement pris des boissons alcooliques, ou bien son état manifeste de débilité mentale a-t-il reçu, de quelques excès commis de temps en temps, l'appoint nécessaire pour déterminer un accès de délire, appoint qui aurait pu être fourni par tout autre facteur? Nous ne saurions nous prononcer formellement, cet individu ne nous présentant pas des signes irrécusables d'alcoolisme chronique, et surtout des conceptions ambitieuses assez souvent reproduites pour indiquer une déchéance intellectuelle résultant de lésions cérébrales produites par l'alcool. Nous inclinons donc à le considérer comme un dégénéré, chez lequel le délire ambitieux alcoolique est venu se mélanger avec des idées préexistantes de persécution, de manière à constituer cette symptomatologie multiple et instable, qui est la principale caractéristique de la dégénérescence mentale. En raison, du reste, de cette prédisposition à délirer et à commettre de nouveaux excès, il est possible qu'avant un terme éloigné, C... devienne un alcoolique chronique et présente un retour d'idées ambitieuses, auxquelles on pourrait alors attribuer une importance significative.

Des faits que nous avons exposés, de ceux que nous avons vus passer sous nos yeux, de l'opinion généralement admise aujourd'hui, d'après laquelle une part très importante doit être attribuée à l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale, de la constance avec laquelle on rencontre le délire ambitieux dans cette dernière forme d'aliénation mentale, d'une part, et de

©BIUM

la fréquence avec laquelle ce délire se présente chez les alcooliques, surtout chez les alcooliques chroniques, d'autre part, alors que ceux-ci offrent un cortège de symptômes insuffisant pour affirmer la paralysie générale, nous croyons pouvoir conclure : 1° que le délire ambitieux des alcooliques chroniques, lorsqu'il se reproduit à intervalles assez rapprochés, a une signification réelle au point de vue du pronostic, et qu'il caractérise bien la phase intermédiaire, d'acheminement vers la paralysie générale, phase qu'il n'est pas toujours facile de constater, en raison de sa durée parfois courte, et de la possibilité de son évolution pendant que le malade échappe à tout examen médical ; 2° que ce délire prend d'autant plus facilement naissance que le sujet appartient à la catégorie des dégénérés.

Enfin, nous exprimerons le regret, bien des fois émis avant nous, que des hôpitaux spéciaux ne soient pas encore édifiés pour recevoir les alcooliques ; aujourd'hui plus que jamais, leur nécessité est évidente, puisque l'alcoolisme est toujours en voie de progression.

En effet, jadis à peu près inconnu, ou du moins très rare, dans les centres de moyenne population, il les envahit, comme depuis longtemps déjà il a envahi les grandes agglomérations.

C'est du moins ce que nous avons pu constater à Poitiers, depuis surtout que les ravages exercés sur les vignobles par le phylloxera ont fait disparaître le vin léger et inoffensif que les ouvriers ont remplacé par des alcools impurs, pris à doses de plus en plus élevées ; aussi, avons-nous pu constater à l'asile de Poitiers, depuis trois ans, plusieurs cas de paralysie générale reconnaissant pour cause l'abus des boissons alcooliques ; et si nous nous reportons au tableau statistique que M. Motet a placé dans sa thèse importante, où il signale également l'intoxication par l'alcool et l'absinthe comme une cause fréquente de paralysie générale, nous n'y voyons pas figurer le département de la Vienne.

Aujourd'hui, ce département n'est pas plus indemne, et combien d'autres peuvent être classés d'une façon encore plus désavantageuse ! L'appel de M. Magnan, reproduit par nous au commencement de cette lecture, est donc encore tout d'actualité.

©BIUM

M. RITTI. — Messieurs, vous avez nommé dans votre dernière séance une commission composée de MM. Magnan, Saury et Ritti, rapporteur, chargée de vous présenter un rapport sur la candidature de M. Lagrange au titre de membre correspondant. Le travail que je viens de vous lire rend ma tâche facile; vous avez apprécié les connaissances cliniques, l'érudition, le talent d'exposition de notre savant confrère; votre jugement est fait et votre vote ratifiera les conclusions de la commission.

M. Lagrange est, à l'unanimité des membres présents, nommé membre correspondant.

Un cas d'urticaire graphique.

M. S. LWOFF. — J'ai l'honneur de présenter un malade que j'ai observé l'année dernière à Vaucluse et qui actuellement se trouve à l'asile de Villejuif, dans le service de M. le Dr Vallon, qui a bien voulu me permettre de l'amener ici.

Au point de vue mental, c'est un débile avec un mélange d'idées mystiques, de persécution et de grandeurs; il est adonné de plus à la masturbation.

Il ne présente aucun des symptômes de l'hystérie ni d'autre affection nerveuse.

Ce malade est intéressant en raison des troubles vaso-moteurs assez rares dont il est atteint.

M. Chambard en a présenté l'année dernière un cas. On écrit sur sa peau et les lettres se dessinent en relief.

Antérieurement, M. Bourneville, dans l'Iconographie de la Salpêtrière, a cité deux malades hystériques chez lesquelles ce phénomène pouvait être produit pendant plusieurs jours après l'attaque.

En 1879, M. Beaumetz a présenté à la Société médicale des hôpitaux une malade semblable, qu'il a appelée femme autographe. Axenfeld, dans son Traité des névroses, dit qu'il a vu deux cas pareils, mais ne décrit pas le phénomène.

Je relèverai dans cette observation quelques détails sur lesquels, à mon sens, on n'a pas suffisamment insisté.

©BIUM

Quand on trace avec une pointe mousse une ligne ou une figure quelconque sur la peau du sujet, on remarque tout d'abord qu'il se forme sur le parcours de cette pointe une érection des papilles (chair de poule); immédiatement après, presque simultanément, il se produit une anémie caractérisée par une coloration blanche aux mêmes endroits.

Au bout de quelques secondes, commence à paraître tout autour une zone de rougeur sans limites bien tracées; l'étendue de la coloration de cette zone est en raison directe de l'énergie de la pression exercée.

L'intensité de la coloration augmente graduellement et en même temps la ligne *anémiée* se dessine en relief d'une hauteur de un à deux millimètres; cette ligne est blanchâtre au centre et paraît bordée de deux lignes rouges qui représentent la limite de la ligne en relief et de la zone rouge.

Le phénomène atteint son maximum d'intensité au bout de dix à vingt minutes.

Les choses restent dans le même état pendant un temps variant d'une demi-heure, une heure et quelquefois plus et diminuent graduellement pour disparaître complètement au bout d'une heure ou deux suivant l'énergie de la pression qui a été exercée.

La température augmente sur l'endroit où se produit ce trouble vaso-moteur. Ainsi :

Température au niveau de la fosse sous-épineuse prise à l'état normal	34°,4
Température au même endroit, cinq minutes après y avoir tracé quelques lignes.	35°,3
Température à deux centimètres en dehors de la limite de la zone de la rougeur	34°,5
La différence est par conséquent de	0°,9

Rappelons encore que ce phénomène n'est pas *fugace*, comme cela se voit chez les hystériques. Depuis un an que nous connaissons notre malade, aucun changement sensible ne s'est produit. Le malade de M. Chambard, qu'il a eu la complaisance de nous faire voir il y a quelques jours, garde également son affection depuis plus d'un an.

Ainsi, chez notre malade on arrive à produire une éruption qui, par sa forme et la manière dont elle se

©BIUM

comporte, ressemble à l'urticaire; il n'y a que les démangeaisons et le mouvement fébrile qui manquent.

M. Beaumetz a appelé son sujet femme autographe, terme qui ne nous paraît pas suffisant pour donner l'idée du phénomène; M. Chambard a ajouté au mot d'urticaire, l'adjectif : expérimental.

Cependant, de l'avis même de ce dernier que nous avons vu il y a quelques jours, ce terme expérimental n'est pas exact, l'urticaire pouvant être produit expérimentalement par différents moyens (*ingestions des moules*, etc.). Et il est d'accord avec nous pour désigner ce phénomène sous le nom d'*urticaire graphique*, le mot graphique rendant assez bien compte de la façon dont cette urticaire se produit.

En cherchant une explication, on est naturellement porté à supposer un trouble vaso-moteur analogue à celui qu'on a décrit pour l'urticaire ordinaire : « vaso-constriction au centre (ligne *anémiée*), afflux exagéré dans les capillaires collatéraux (zone rouge), et œdème produisant le relief. »

Cependant il y a quelque chose de plus, c'est l'érection des papilles qui se produit, comme on le sait, sous l'influence des muscles papillaires. Il existe, par conséquent, une irritabilité exagérée, non seulement des nerfs vaso-moteurs, mais des filets nerveux qui se rendent aux muscles papillaires.

On a cherché à expliquer l'érection des papilles par la congestion. Mais cette explication ne nous semble pas juste, l'érection des papilles se produisant en même temps que l'*anémie*.

Nous ne savons pas sous quelle influence se produit cette *excitabilité* des filets nerveux périphériques.

Peut-être pourrait-on considérer cette urticaire comme une des nombreuses manifestations de dégénérescence du système nerveux et rapprocher ce trouble de ceux plus profonds (comme l'émotivité exagérée, frayeurs, peurs) que nous voyons à chaque instant chez les dégénérés.

MM. CHARPENTIER et CHRISTIAN font, à propos de ce malade, des réserves sur l'expression *urticaire*, en remarquant que le sujet ne présente pas la douleur prurigineuse de l'urticaire.

M. CHAMBARD. — En dermatologie, le mot urticaire

©BIUM

désigne, non une maladie nettement définie, mais une *affection générique;* il s'applique non seulement à l'urticaire aiguë arthritique dont notre distingué collègue M. Christian a peut-être eu à se plaindre mais à un ensemble de complexus morbides, de phénoménalité très variée, relevant des conditions étiologiques les plus diverses et n'ayant pour caractère commun qu'un élément éruptif, la *papule ortiée*, expression objective d'un processus physio-pathologique très général : *l'œdème neuro-paralytique circonscrit de la peau.* C'est ainsi que, pour nous en tenir à la doctrine du plus clinicien et, peut-être, du plus distingué des dermatologistes, Bazin divise l'affection générique urticaire en deux classes comprenant, l'une les urticaires de cause externe (artificiels et pathogénétiques), l'autre les urticaires de cause interne (pseudo-exanthématiques et constitutionnels) ; encore conviendrait-il aujourd'hui d'en ouvrir au moins une troisième pour les urticaires d'origine nerveuse (1).

Au sens dermatologique actuel du mot, M. Lwoff est donc autorisé à nous présenter, non, il est vrai, comme l'urticaire, mais comme un urticaire, les accidents cutanés que nous montre son intéressant malade, et s'il voulait préciser encore davantage leur localisation taxinomique, c'est parmi les urticaires de cause externe et de mécanisme artificiel qu'il lui faudrait les placer. Le prurit, il est vrai, élément symptomatique nécessaire de tous les urticaires aujourd'hui connus, manque chez son malade comme aussi chez celui que j'ai moi-même observé, ce qui, pour le dire en passant, bat quelque peu en brèche la théorie de la compression brusque des terminaisons nerveuses ; mais peut-on se fonder sur un caractère négatif d'ordre subjectif pour éliminer d'une série, dont la caractéristique est purement objective, un fait qu'il serait du reste impossible de caser ailleurs? Quant aux différences de coloration que signalait M. Christian, la physiologie pathologique de la papule ortiée qu'il serait déplacé d'exposer ici, en donne une explication facile ; elles dépendent de l'inten-

(1) Nous avons observé, par exemple, plusieurs cas d'urticaire hémorragique chez des paralytiques généraux.

©BIUM

sité réciproque, au moment de l'observation, des deux processus formateurs de la papule ortiée : la congestion neuro-paralytique compliquée de quelque peu de diapédèse hématocytique, à laquelle est due la rougeur et l'œdème consécutif qui anémie le centre de la papule en comprimant les vaisseaux qui y sont contenus.

Est-ce à dire que pour avoir défendu, au point de vue du langage dermatologique courant, la correction du terme choisi par le présentateur, je l'approuve sans réserve? Telle n'est pas, Messieurs, ma pensée. Commode à certains égards pour les initiés, la division des dermatoses en affections génériques est arbitraire, fertile en discussions bizantines, assez obscure pour les débutants, et réunir sous le nom d'urticaire des complexus morbides aussi disparates que la fièvre ortiée et le cnidosis dartreux, est quelque chose comme décrire sous le titre commun de manie, les manies hystérique et paralytique. C'est prendre le détail pour l'ensemble, le symptôme pour la maladie ; aussi tend-on de plus en plus de substituer à cette division une classification purement anatomique que les progrès de l'histologie normale et pathologique de la peau rendent déjà légitime. Pour moi, Messieurs, si dans la note un peu hâtive que j'ai remise aux *Annales* à la suite de la présentation que j'ai eu l'honneur de vous faire l'année passée d'un malade identique à celui dont M. Lwoff nous a fait faire aujourd'hui la connaissance, j'ai laissé échapper le mot *urticaire expérimental*, j'ai sans doute prévu vos objections en donnant à ces faits, dans un travail plus étendu destiné aux *Archives de neurologie*, le nom de *Neurodermatose stéréographique* qui les désigne suffisamment et ne soulève aucune discussion terminologique.

Classification des maladies mentales.

M. Paul Garnier. — Messieurs, vous n'avez sans doute pas oublié que le *Congrès* de *phréniatrie* et de *psychopathologie*, tenu, en 1885, à Anvers, où nous avions le grand honneur de vous représenter, avait introduit dans le programme de ses débats, une question ainsi formulée : *Recherche des bases d'une bonne statistique internationale des aliénés.*

©BIUM

A la suite de la lecture d'un savant rapport de M. le professeur Lefebvre, de Louvain, et de la discussion qu'il provoqua, le Congrès avait décidé que le bureau de la Société de médecine mentale belge aurait pour mission de recueillir et de centraliser tous les documents qui pourraient lui être adressés par les différentes sociétés de psychiatrie. C'était là, Messieurs, un appel à l'entente, une tentative des plus louables à l'effet de parvenir à l'adoption d'une nomenclature générale et internationale indispensable pour établir la statistique proposée. C'était, en un mot, la question d'une classification méthodique et pratique des maladies mentales qui se posait une fois de plus, mais, à vrai dire, dans des circonstances tout à fait spéciales.

Les objections ne manquèrent pas à un tel projet et il faut avouer que les doutes au sujet d'un résultat positif étaient autorisés, car ils avaient pour eux toute l'histoire du passé, aussi bien que le spectacle de la confusion régnante, des controverses toujours vivaces et l'opposition des doctrines, d'école à école. En dépit des obstacles signalés, la Société de médecine mentale belge assuma vaillamment la mission dont le Congrès d'Anvers l'avait investie et montra, aussitôt, qu'elle ne négligerait, tout au moins, aucun effort pour se rapprocher le plus possible du but qu'on voulait atteindre. Elle vous a donc invités, avec de grandes instances, à concourir au résultat cherché, en vous demandant de faire connaître votre opinion sur la meilleure classification à adopter pour asseoir le plus solidement possible une statistique internationale.

Vous avez bien voulu nous désigner, M. Magnan, M. Christian et moi, à l'effet d'étudier la question qui vous était soumise. La nomination de votre commission remonte déjà à une date assez lointaine et nous n'avons pas à nous dissimuler que le dépôt de son rapport s'est fait longtemps attendre. Ce retard a cependant des motifs fort plausibles qu'il n'est pas inutile de rappeler.

En ouvrant, il y a tantôt deux ans, la discussion sur le *délire chronique*, je remarquais que la nouvelle question inscrite à l'ordre du jour de vos séances, indiquait de la part de la Société médico-psychologique

©BIUM

comme une intention bien nette de procéder à une revision de la nomenclature des états vésaniques.

L'invitation de la Société de médecine mentale belge qui vous est parvenue dans la suite, vous a donc trouvés en pleine étude du sujet qu'elle signalait précisément à votre attention. Dans de semblables conditions, il convenait, avons-nous pensé, de différer quelque peu votre réponse, afin de dégager, sinon une solution complète, du moins une résultante de l'ensemble des communications apportées à cette tribune et des opinions exposées devant vous. Mais le débat sur les psychoses a pris, depuis lors, une telle ampleur qu'il n'est plus possible, aujourd'hui, d'en attendre l'issue pour donner satisfaction aux demandes pressantes dont vous avez été saisis.

Votre commission s'est réunie et a délibéré longuement. Ai-je besoin de vous dire qu'elle s'est trouvée en présence d'une situation fort délicate et que le rôle du rapporteur ne laisse pas que d'être ardu? Il m'eût fait hésiter, si vous ne m'aviez habitué à compter sur toute votre indulgence et s'il ne m'était pas permis d'espérer que vous voudrez bien m'en donner, à cette occasion, une nouvelle preuve.

Il est encore une raison qui m'a encouragé. J'ai pensé, et c'est aussi l'opinion des autres membres de votre commission, que les conditions particulières dans lesquelles le sujet à traiter vient aujourd'hui devant vous, étaient de nature à alléger notablement ma tâche. Il m'a semblé, en effet, que vous vouliez, avant tout, un exposé de motifs, aussi simple que possible, destiné à préciser les termes de votre réponse, bien plutôt que des considérations très étendues et très variées où seraient débattus tous les points controversés, où seraient mises en relief toutes les divergences doctrinales, où seraient discutées, à fond, toutes les théories émises, toutes les innovations proposées. Un programme aussi vaste que celui-là m'eût obligé à retenir votre attention pendant un temps fort long, et je ne suis pas convaincu que cet inconvénient aurait été compensé par un avantage bien appréciable.

Quelle que soit la question qu'on aborde, il est difficile de donner à chacune satisfaction pleine et entière;

©BIUM

mais il n'en est guère où la critique et la controverse trouvent plus à s'exercer que dans celle qui a rapport à la classification des maladies mentales.

Comment n'en serait-il pas ainsi, quand tout essai de ce genre s'appuie sur des données ou incomplètes ou incertaines encore et sacrifie nécessairement à telle ou telle doctrine, acceptée par les uns, combattue par les autres?

Je le répète, vous n'attendez certainement pas de moi l'histoire des efforts successifs réalisés avec des fortunes diverses, en vue de l'établissement d'une nosologie méthodiquement cataloguée.

Si nous vivons toujours sur l'héritage transmis par des maîtres illustres, nous en sommes cependant, et depuis longtemps, à ne plus accepter celui-ci que sous bénéfice d'une sélection dans les matériaux considérables qu'ils nous ont légués, et ceci ne diminue en rien, est-il besoin de le déclarer, et l'étendue de leur mérite et la profondeur de notre vénération. N'est-ce pas, d'ailleurs, une façon de culte, et le meilleur peut-être, que de nous entretenir ainsi sans cesse de leur nom respecté, en discutant leurs idées, leurs doctrines, en nous servant des jalons qu'ils ont disposés sur la route, pour tendre sans cesse, dans la mesure de nos forces, vers des conquêtes nouvelles, souvent désignées du doigt par leur génie, à ceux qui se lancent sur la voie qu'ils ont ouverte?

Il est manifeste pour tous, Messieurs, que nous traversons, à l'heure présente, une de ces périodes qui, pour ingrates qu'elles puissent paraître, n'en marquent pas moins une étape nécessaire dans tout travail de transformation et de rénovation.

Notre génération semble occupée activement à déblayer le terrain, à disposer en bon ordre les pièces qui paraissent devoir s'adapter à l'édifice futur, décidée à ne conserver des anciennes que celles qui ont subi l'épreuve du temps, je veux dire de l'observation clinique rigoureuse, et à n'accepter les nouvelles qu'à la suite d'un contrôle sevère. Combien manquent encore pour l'harmonie de l'ensemble! Malgré ces lacunes et ces imperfections, est-il sans profit aucun d'essayer de grouper, de juxtaposer, de coordonner les éléments dont

©BIUM

nous disposons actuellement? On est en droit de soutenir que nous pouvons créer aussi un guide, provisoire je le veux bien, mais néanmoins utile, surtout à à l'usage de celui qui aborde pour la première fois l'étude si complexe de la pathologie mentale.

Quels sont donc les modes de groupement et de classement qui peuvent être opérés dans notre nosographie spéciale, en l'état actuel de nos connaissances?

Me tenant, le plus possible, à l'écart de toute discussion dogmatique, je ne ferai que rappeler qu'on s'est adressé, tour à tour, pour cette nomenclature et cette distribution méthodique, à l'anatomie pathologique, aux lois de la psychologie normale transportées dans le domaine de la psychologie morbide, à la symptomatologie, à l'étiologie ou pathogénie.

Il est arrivé ce qui s'observe si souvent à l'occasion de l'application d'une théorie exclusive. Pour chacune de ces méthodes de classement, on a été entraîné à outrepasser les limites rationnelles; on a obligé les faits à se plier à l'esprit de système; car, aucune d'elles ne se prêtait complètement à la généralisation qu'on poursuivait. Mais l'observation exacte reprend toujours ses droits, et les faits s'échappent d'eux-mêmes des formules impropres ou trop étroites, où l'on a voulu les ranger et les enfermer.

Aujourd'hui, pas plus qu'hier, on ne saurait prétendre partir d'un principe univoque pour parvenir à classifier les maladies mentales. Se fonder sur l'un quelconque des éléments en question, à l'exclusion des autres, c'est chercher à obtenir de lui plus qu'il ne peut donner.

I. Dans cet ordre de tentatives cependant, *la classification étiologique* de Morel a été jugée des plus heureuses; accueillie avec faveur par beaucoup d'aliénistes, elle a rencontré un succès refusé à beaucoup d'autres.

L'esprit, en effet, était tout d'abord satisfait devant ce procédé si simple qui consiste à placer la spécificité symptomatique sous la dépendance étroite de la spécificité étiologique et à expliquer l'une par l'autre; mais pouvait-il, en toutes circonstance, être mis en usage? Outre que l'étiologie, comme le faisait judicieusement remarquer M. Falret père, dans sa critique de la classi-

©BIUM

fication de Morel, est, le plus souvent, une notion vague, confuse, complexe, mal déterminée, vu la difficulté d'isoler certains facteurs pathogéniques plus ou moins combinés et associés dans une action collective, on est bien contraint de reculer devant la généralisation absolue de ce principe, sous peine d'arriver à des créations tout à fait artificielles. L'écueil est là tout près; il est si facile de se méprendre et de donner l'importance d'une cause vraiment efficiente et génératrice, à tel fait qui n'a que la valeur d'une cause occasionnelle et banale. Etendant les idées de Morel, des cliniciens éminents sont allés très loin dans cette voie où on hésite à les suivre.

Pour qu'une cause, isolable d'abord, puisse être considérée comme spécifique, pour qu'elle commande à la terminologie, il faut qu'elle s'impose à la symptomatologie d'une manière indiscutable; il faut que des signes et de la marche d'une maladie on puisse remonter sûrement à l'agent pathogénique. Si cette condition se réalise pour certaines formes d'aliénation mentale, comme la folie des dégénérés héréditaires, les délires toxiques et ceux associés à l'épilepsie et à l'hystérie, elle est bien loin de dominer toute la pathologie cérébrale.

Qu'un accès de délire éclate à l'occasion d'une pyrexie, d'une perturbation organique quelconque, d'une affection diathésique, faudra-t-il en induire que le trouble mental ainsi développé doit recevoir le nom de la maladie provocatrice? Il faudrait, encore une fois, pour autoriser la reconnaissance de cette paternité, que nous puissions conclure de la nature des symptômes observés à la nature du facteur pathogénique, de la physionomie caractéristique de ce délire à la spécificité étiologique. En est-il ainsi, en dehors des formes ci-dessus mentionnées? Non, Messieurs. La folie en pareil cas n'emprunte pas plus des caractères spéciaux à la cause excitante occasionnelle qui facilite son éclosion, que le grain qui éclate, et sera tout à l'heure une plante, n'emprunte ses attributs de développement et de durée aux conditions qui ont favorisé sa germination.

II. Quant à la nomenclature qui s'établirait sur la nature *des lésions anatomiques*, c'est bien à elle qu'il con-

©BIUM

vient de penser toujours, comme à un perfectionnement qu'il faut attendre du temps et des progrès qui pourront être apportés dans nos moyens d'investigation. De nos jours, il est une opinion commune à nous tous, je crois, c'est que toute affection mentale durable se réclame d'un substratum anatomo-pathologique. Du fait que nous sommes impuissants à le percevoir, dans bien des cas, nous ne saurions inférer qu'il n'existe pas. Nous continuons donc d'y croire, parce que c'est la logique scientifique qui nous y oblige.

Toujours est-il que, en dehors de la paralysie générale, « la plus belle conquête du siècle en pathologie cérébrale, » suivant la belle expression de M. Baillarger, affection organique répondant à un processus anatomo-pathologique assez net et fixe pour établir la correspondance anatomo-clinique; en dehors également, si l'on veut, des agénésies congénitales, ou acquises, liées à un défaut de développement, ou à des altérations profondes de l'encéphale, nous ne savons rien sur la nature de la relation des psychoses avec ce substratum anatomo-pathologique.

La classification anatomique apparaît comme celle de l'avenir; elle est appelée, sans doute, par les progrès naturels de la science et de nos procédés de recherche, à s'enrichir peu à peu sur le domaine des autres et, en dernière analyse, à régner en souveraine maîtresse.

Mais, jusqu'à cette réalisation idéale, à échéance sans doute bien lointaine encore, elle ne peut intervenir que pour une part assez restreinte dans la nomenclature, à côté de l'étiologie et de la symptomatologie. Et cependant, on doit rendre toute justice aux efforts qui ont été faits, pour nous doter d'une classification anatomique, par Parchappe, et plus récemment par d'autres auteurs.

Pour réduite que soit la part actuelle de l'anatomie dans la distribution de la nosologie mentale, il n'en est pas moins vrai que déjà, par le fait de la découverte des altérations organiques de la paralysie générale, une première et importante division s'impose à tout classement des formes d'aliénation; c'est la capitale distinction entre la folie liée à des lésions encéphaliques déterminées et le groupe des psychoses, lesquelles tiennent ainsi dans la pathologie mentale le rang assigné,

©BIUM

en pathologie ordinaire, aux névroses par rapport aux autres maladies.

III. En ce qui concerne la *symptomatologie*, il parut tout de suite naturel, dans le besoin qu'on avait d'une méthode de classement, besoin qui s'impose à toute science, même à sa période de tâtonnements, il parut naturel, dis-je, de s'adresser à elle; et il n'est pas surprenant que la terminologie soit venue refléter les particularités saillantes du délire, ses manifestations extérieures les plus saisissantes et ait tenu compte, par exemple, des phénomènes d'excitation et de dépression pour opposer les deux états l'un à l'autre, bien qu'une même unité clinique puisse, comme nous le savons, les présenter successivement. Mais la tendance à répercuter dans la terminologie les caractères principaux de la phénoménologie, entraîna fort loin. De là cette création de variétés infinies de monomanies, cette longue liste de prétendues espèces morbides, le symptôme prédominant faisant là figure d'entité isolable. Des cliniciens de la valeur de Guislain, n'ont pas su se garer suffisamment de ce péril; ils ont négligé de concentrer leur attention sur le fond pour s'attacher à la forme extérieure si aisément diversifiée. C'était tomber dans l'excès opposé à celui où a versé Neumann, prétendant que les nombreuses formes de psychopathie n'étaient toutes que les phases diverses d'une seule espèce morbide, l'aliénation mentale.

Quoi qu'il en soit, c'est, de nos jours, sur ces divers éléments fournis à la fois par l'anatomie pathologique, l'étiologie et la symptomatologie que s'appuient la plupart des classifications qui ont cours. Mais il est un autre principe de nomenclature auquel il convient d'accorder toute la valeur qu'il comporte : je veux parler de l'*évolution morbide*.

IV. Ce sera, si je ne me trompe, le grand mérite de l'école psychiatrique française, école essentiellement clinique, de s'être attachée, d'une part, à discerner, sous la forme extérieure accessoire, le fonds morbide primordial, et, d'autre part, à étudier avec persévérance le processus psychopathique, à en marquer les stades et les transformations.

Le procédé d'observation minutieuse, patiente et à

©BIUM

long terme, si je puis ainsi dire, n'a pas été stérile. Il a déjà porté ses fruits, et promet d'être fécond en résultats durables.

M. Falret père, que l'on est presque toujours sûr, en toute question, de trouver sur la route de la vérité clinique, et auquel la science mentale doit tant, non seulement par le fait des découvertes dont il l'a enrichie, mais aussi par la saine direction qu'il a imprimée aux recherches futures, M. Falret qui nous a laissé, dis-je, un capital de haute raison et de judicieuse observation où nous puisons encore chaque jour, s'étonnait, il y a vingt-cinq ans, de voir qu'on n'accordait pas une importance plus grande à la marche des maladies mentales. Il montrait les fâcheux résultats d'une étude qui se borne à représenter les traits d'un aliéné, à un moment donné de son affection, et à ne prendre note que de tel ou tel phénomène prédominant. « La marche des maladies mentales, écrivait-il, est certainement la partie la plus intéressante de leur histoire. Et, chose essentielle à signaler, ce n'est pas la marche de la folie en général qu'il est surtout nécessaire d'étudier. Ce qu'il importerait surtout de connaître, ce serait la marche différente de chacune des espèces particulières de folie. »

Qui de nous, Messieurs, n'est prêt à souscrire à de telles remarques et à déclarer que c'est en s'engageant dans cette voie que nous avons déjà pu préciser et élucider bien des faits ?

Actuellement, le désaccord qui existe entre un certain nombre d'aliénistes, porte presque uniquement sur les dénominations et le classement applicables aux *psychoses essentielles*.

C'est à propos de ce groupe que les divergences se produisent, que les interprétations diffèrent. Eh bien, il me semble qu'un examen attentif et soutenu, poursuivant de près l'évolution de ces psychoses, est de nature à conduire à une entente. Pour ma part, je n'aperçois pas, quant à présent du moins, de meilleur principe de nomenclature des variétés de psychoses. Il est incontestable que nous trouvons dans cette étude des indices certains nous permettant de différencier les types morbides et de les dénommer d'après les caractères mêmes de l'évolution.

©BIUM

N'est-il pas vrai que nous empruntons à ce principe les caractères distinctifs de telle ou telle forme de trouble psychique?

N'est-il pas hors de doute que c'est lui qui nous sert à reconnaître des types nosologiques, tantôt dans ces délires intermittents, à début instantané, ou du moins très brusque, dans ces répétitions d'accès périodiques, dans cette alternance de l'excitation et de la dépression, où le malade se meut dans d'étroites limites, enfermé qu'il est, en quelque sorte, dans un cercle où le décours du délire s'effectue avec une fatalité qui n'a d'égale que celle des retours suivis des mêmes disparitions ; tantôt aussi, dans cette longue progression vésanique, où l'affection mentale, qu'on l'appelle *délire chronique,* ou bien *psychose systématique progressive*, poursuit inexorablement sa marche en avant, étape par étape, et déroule magistralement ses périodes dans un ordre prévu invariable? Ne nous permet-il pas encore ce *principe de l'évolution*, de dégager de toute confusion les *formes élémentaires*, comme la manie et la mélancolie, celles-ci étant considérées, bien entendu, dans leur expression *protopathique* et non pas comme une manifestation symptomatique accessoire et banale ?

Il y a ici la même distinction clinique à faire qu'entre l'épilepsie essentielle et l'épilepsie symptomatique, encore appelée *partielle ou Jacksonienne.*

Il est donc absolument légitime d'envisager l'*évolution* morbide comme l'une des bases de la nomenclature, à côté de l'*anatomie*, de la *pathogénie* et de la *symptomatologie.*

Jusqu'au jour où les progrès de la science autoriseront à se servir d'un principe unique pour le classement de toutes les formes de folie, principe qui sera fondé, sans doute, sur le caractère des lésions anatomiques, il y a lieu de recourir à une *classification mixte*, étayée sur cette base, composée de ces quatre éléments : *anatomie*, *étiologie*, *symptomatologie*, *évolution morbide.*

C'est ainsi que se trouve constituée la classification établie, en 1882, par M. Magnan ; elle a rallié, vous le savez, un grand nombre de suffrages. Permettez-moi de la replacer sous vos yeux.

CLASSIFICATION DE M. MAGNAN (1882).

—

I. États mixtes.

tenant de la pathologie et de la psychiatrie.

Paralysie générale.
Démence sénile (athérome cérébral).
Lésions cérébrales circonscrites (aphasie par ex.). — Ramollissement. Hémorragie. Tumeurs, etc., etc.
Hystérie.
Epilepsie.
Alcoolisme et intoxications. — Absinthe. Morphine et opium. Verdet. Seigle ergoté. Plomb, etc.
Crétinisme.

II. Folies proprement dites. — Psychoses.

Manie. Mélancolie. — Éléments simples.
Délire chronique. — Incubation. Persécution. Ambition. Démence.
Folies intermittentes. — Simple. Circulaire. Doubleforme. Alterne.
Folie des dégénérés, avec les syndromes épisodiques et les délires d'emblée (primaires).
Idiots, imbéciles, débiles, déséquilibrés.

CLASSIFICATION proposée pour la statistique internationale, par la commission nommée au Congrès d'Anvers (1885).	FORMES CORRESPONDANTES de la classification de M. Magnan (1885).
Idiotie (imbécillité, débilité mentale, crétinisme). *Démence simple* (primitive ou consécutive).	Folie des héréditaires. (démence simple primitive.)
Manie. Mélancolie.	Manie. Mélancolie. (démence simple consécutive).
Délire aigu ou chronique comprenant tous les cas où prédomine un trouble primitif ou consécutif dans les idées.	Délire chronique.
Folie morale (comprend en général les folies impulsives, les folies par obsession).	Folie des héréditaires.
Folie circulaire.	Folies intermittentes.
Aliénations mentales compliquées de :	
Paralysie	Paralysie générale.
Epilepsie	Epilepsie.
Hystérie	Hystérie.
Tumeurs et foyers cérébraux.	Lésions circonscrites.
Aliénations mentales par intoxications (indiquer l'agent toxique).	Alcoolisme et autres intoxications.

page 464 sur 497

©BIUM

©BIUM

Après les discussions qui viennent de se poursuivre au sein de cette Société, sur la *folie des dégénérés héréditaires* et sur le *délire chronique*, il paraîtra évidemment superflu d'expliquer à quel titre ces deux types d'aliénation mentale figurent dans le classement ci-dessus.

Celui-ci a l'incontestable avantage de la simplicité et de la clarté ; il jouit d'une légitime faveur. Je signalais tout à l'heure l'importance de l'évolution en pathologie mentale ; j'ai encore à vous parler d'évolution, quoiqu'il s'agisse d'un autre genre.

Depuis quelques années, il semble s'être fait, à l'étranger, une *évolution* dans le sens des idées et des théories soutenues par l'école psychiatrique française. On remarque, en effet, dans la plus récente classification du Dr Schüle, par exemple, une tendance très manifeste à se rapprocher de nos dénominations et de nos modes de groupement tels qu'ils sont indiqués plus haut, quand on la compare à celle qu'il avait adoptée en 1878. Cette comparaison que vous avez déjà faite, permet de saisir nettement l'influence exercée en Allemagne par notre distribution nosologique. Par ses caractères vraiment cliniques, par la large place accordée à l'*évolution morbide*, par la logique de la conception d'ensemble et sa facile compréhension, la classification de M. Magnan semble devoir s'imposer de plus en plus auprès de nos savants confrères étrangers et marquer ainsi un grand pas vers l'adoption d'une nomenclature générale et internationale.

Vous en trouverez une nouvelle preuve, Messieurs, dans la classification proposée pour la statistique internationale par la commission nommée au congrès d'Anvers, et que j'ai juxtaposée ci-dessus, pour montrer les analogies et faire toucher du doigt les parties homologues ou correspondantes.

La nomenclature de M. Magnan est loin de comprendre l'énumération de bien des formes figurant dans d'autres classifications qui toutes ont été l'objet, de notre part, de l'examen le plus attentif. Elle ne vise, en effet, qu'à classer les vrais types morbides sans s'astreindre à dresser une liste des variétés secondaires. Dans le cas présent, c'est-à-dire, dans notre recherche

©BIUM

d'un instrument pratique de statistique internationale, c'est là un avantage très réel, car c'est avec la multiplicité de ces formes dérivées que l'on risque de devenir confus et que les contours perdent leur netteté. Sous peine de manquer d'atteindre le but pratique qu'on poursuit en ce moment, il est indispensable, croyons-nous, de ne pas s'écarter des grandes lignes, de s'en tenir à des cadres assez vastes pour y enfermer aisément tous les faits qu'on veut y grouper.

Pour être complet, Messieurs, il m'eût fallu vous parler de bien d'autres classifications fort intéressantes à divers titres, mais s'adaptant moins bien, je le pense du moins, aux exigences spéciales que je viens de vous indiquer.

Sans remonter à Pinel et à Esquirol, j'aurais eu à vous entretenir des mérites de classifications de Marcé, et, entre autres, de MM. Delasiauve, Falret, Dagonet, Foville, Cotard, Luys, Ball, Régis, en France, de celles de Guislain, Skae, Tuke, Krafft-Ebing, Schüle, Hammond, etc., à l'étranger. Cette analyse critique eût, encore une fois, comporté un programme qui n'est pas celui que les circonstances me traçaient.

Je termine, Messieurs. Que vous demande, aujourd'hui, la Société de médecine mentale belge? Elle vous invite à lui fournir un tableau simple et commode, où il soit aisé d'encadrer les faits d'aliénation pour réunir ainsi les éléments d'une statistique internationale.

Vous penserez, sans doute comme nous, qu'il convient, en pareil cas, de se tenir autant que possible sur le terrain où l'accord est le plus près de se faire, et je crois vous avoir montré qu'il y a place pour une entente internationale sur les bases indiquées, où déjà elle a commencé très manifestement à s'opérer. Nous ne présenterons rien là qui soit définitif et immuable, bien entendu, mais nous pouvons croire que la classification proposée donne l'expression des idées modernes et se trouve en rapport avec le niveau de nos connaissances actuelles en pathologie mentale. Pour les motifs que nous avons exposés, nous estimons qu'elle peut représenter dignement à l'étranger l'état de la science française et affirmer une fois de plus son bon renom dont vous êtes si légitimement fiers.

©BIUM

M. Marandon de Montyel propose que la discussion sur le rapport de M. Garnier soit, s'il y a lieu de discuter, divisée ; qu'elle porte d'une part sur l'utilité d'une classification à notre époque et, d'autre part, sur les avantages et sur les inconvénients d'une classification mixte.

M. Christian croit qu'il faudrait avant tout examiner s'il est possible d'avoir une classification satisfaisante.

M. Charpentier fait observer que discuter le rapport de M. Garnier, c'est rentrer dans les discussions sur la folie héréditaire et sur le délire chronique qui ont été déclarées closes.

M. Marcel Briand fait remarquer que la discussion du rapport s'impose. Il est, en effet, urgent de donner notre avis sur une classification des maladies mentales, alors surtout que d'autres pays ont déjà répondu au desideratum exprimé au Congrès international d'Anvers.

La question est maintenue à l'ordre du jour, et la discussion renvoyée à la prochaine séance.

La séance est levée à six heures.

Charpentier.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ALLEMANDS

Neurologisches Centralblatt.

ANNÉE 1886.

De l'emploi d'un électrode « normal » pour déterminer le degré d'excitabilité galvanique; par le Dr Erb (janvier 1886).

Pour que les résultats obtenus par les expérimentateurs fussent comparables entre eux, il faudrait que toutes les recherches fussent faites avec un électrode-type de dimensions invariables. Peu importent les dimensions de cet électrode; l'auteur estime néanmoins qu'un électrode de 10 centimètres carrés joindrait à l'avantage de répondre à toutes les exigences, celui de faciliter les calculs. En effet, dans la formule $D = \frac{I}{Q}$ qui donne la densité du courant, Q étant égal à 10, l'opération se réduit à transformer le dividende I en fraction décimale.

Un cas d'ophtalmoplégie progressive;
par le Dr Adolf Strümpell (janvier 1886).

Un ouvrier, âgé de cinquante ans, et qui, depuis l'âge de douze ans, a travaillé à la fabrication des cigares, est atteint depuis vingt-cinq ans d'ophtalmoplégie double. Au moment où l'auteur a pu l'observer, grâce à des accidents rhumatismaux qui l'ont amené à la clinique, il présentait un ptosis double très accentué; l'écartement des paupières laissait à peine une ouverture de quatre millimètres; les mouvements des globes oculaires étaient à peu près nuls, et c'est par des mouvements de la tête que le malade tournait ses regards dans les divers sens. L'examen de l'œil révèle également une paralysie du muscle de l'accommodation. Les pupilles, au contraire, réagissent normalement. Le fond de l'œil ne présente pas d'altérations. Il n'y a pas de traces de paralysie dans le domaine des nerfs bulbaires,

©BIUM

pas d'accidents tabétiques. Le malade n'a jamais éprouvé aucun phénomène douloureux.

Les accidents sont donc localisés aux muscles volontaires des deux yeux; ce qui autorise à admettre comme processus anatomique de cette affection une atrophie dégénérative des fibres et des cellules ganglionnaires qui président aux mouvements des muscles de l'œil. Après vingt-cinq ans de maladie, la lésion n'avait pas dépassé la zone motrice en question. Graeffe rapporte un cas analogue. Si donc souvent l'atrophie des muscles oculaires est combinée avec des amyotrophies bulbaires, on ne saurait nier cependant l'existence de cette lésion en tant que maladie propre, localisée à la zone motrice des muscles oculaires.

Il faut remarquer encore que le malade en question n'a jamais eu de diplopie. Ce fait s'explique par la localisation de la lésion à la zone corticale qui préside aux mouvements associés des yeux; par suite la paralysie a dû aussi être une paralysie associée; en outre il permet de rejeter l'hypothèse d'une origine périphérique de l'affection.

Quant à l'étiologie, il est permis de se demander s'il ne s'agirait pas d'un cas d'intoxication professionnelle; le malade ayant toute sa vie travaillé dans les fabriques de cigares. C'est là une supposition qui aurait besoin d'être confirmée par des recherches ultérieures. Le malade du reste attribue son mal à un refroidissement: il n'a pas d'antécédents héréditaires névropathiques, et n'aurait jamais été atteint de syphilis.

Anatomie de la glande pinéale; par le Dr Darkschewitsch, de Moscou (janvier 1886).

L'auteur, au moyen du procédé de Weigert, a pu se convaincre que l'opinion des auteurs qui considèrent la glande pinéale comme une simple glande et non comme un organe de nature nerveuse, est complètement fausse. Il a reconnu dans cet organe des faisceaux de fibres d'origines diverses. Ils viendraient : 1° de la capsule interne; 2° des stries médullaires; 3° des faisceaux de Meynert; 4° des bandelettes optiques, et 5° de la commissure postérieure du cerveau.

Phénomène du maxillaire inférieur, ou réflexe masséterin; par le Dr Watteville, de Londres (février 1886).

Dans un cas de sclérose latérale amyotrophique compliqué de symptômes bulbaires, le Dr Beevor a produit par l'abaisse-

©BIUM

ment de la mâchoire des contractions cloniques des muscles massétérins. C'est la première fois que ce phénomène est signalé. Beevor considère le claquement des dents à la suite d'impressions du froid, comme un clonus analogue.

L'auteur a observé le même phénomène dans un cas de convulsions hystériques et dans un cas de lésion cérébrale ; il a pu se convaincre en outre, qu'à l'état de santé le phénomène du maxillaire inférieur peut être produit chez la plupart des personnes, par la percussion d'un couteau à papier posé transversalement sur les arcades dentaires. La valeur diagnostique de ce signe et des variations qu'il présente, reste à déterminer. Des expériences myographiques ont démontré que la période latente est de 2 secondes, la brièveté de cette période semble indiquer qu'il ne s'agit pas là d'un vrai réflexe.

Du phénomène du genou; par le Dr Pelizoeus (février 1886).

Dans un précédent article, l'auteur a démontré que l'absence complète du réflexe du genou chez les enfants est un fait tout à fait exceptionnel. Il l'a observé une fois sur 2,403 enfants.

Depuis, Jendrassick a exposé une méthode plus sûre pour produire ce réflexe : il consiste à mettre les mains du sujet l'une dans l'autre et à lui faire faire des efforts pour les séparer, sans toutefois lâcher prise. Avec cette méthode l'auteur a produit le phénomène du genou chez l'enfant qui, trois ans auparavant, ne présentait pas ce réflexe. Le phénomène néanmoins ne pourrait pas être obtenu plus de trois fois, sans qu'on mît un intervalle de repos entre les expériences. En conséquence l'auteur estime que dans certains cas la production du phénomène est difficile à obtenir, et qu'exceptionnellement on ne l'obtient que par la méthode indiquée par Jendrassick.

Effets de la paraldéhyde ; par Sommer (février 1886).

On reconnaissait jusqu'à présent à la paraldéhyde l'avantage de ne pas provoquer d'accidents congestifs ou de paralysies vaso-motrices comme le chloral. Eickholdt cependant a signalé des accidents de ce genre après l'usage prolongé de ce médicament. L'auteur a souvent administré la paraldéhyde ; il a employé plus de mille doses de 3 à 5 grammes chez des aliénés, et n'avait jamais observé d'accidents, lorsqu'un de ses malades, qui depuis six jours prenait une dose quotidienne de 4 grammes de paraldéhyde, présenta tout à coup une coloration rouge, un rash, intéressant toute la tête et une grande partie du corps. Le

©BIUM

médicament avait été pris le soir, et le rash se présenta le matin après l'absorption d'une couche de bière : il dura une demi-heure. Le soir on renouvela l'administration du médicament, et le lendemain, après l'absorption d'une petite quantité d'alcool, le rash, se manifesta de nouveau. Cet accident impose, dit l'auteur, de la réserve pour l'administration de la paraldéhyde dans les affections du système circulatoire ; et dans ces affections il faudrait en tout cas éviter de l'associer à l'alcool.

Un cas de maladie de Thomsen ; par le Dr Fischer (février 1886).

Le Dr Erb, dans des articles sur la maladie de Thomsen, a signalé des formes de réaction électrique spéciales à cette affection et des altérations anatomiques caractéristiques. L'auteur rapporte un cas nouveau de maladie de Thomsen : il s'est livré à des recherches minutieuses sur les phénomènes électriques et sur les altérations anatomiques. Les recherches à ce sujet ont donné des résultats identiques à ceux signalés précédemment (juillet 1885) par le Dr Erb.

Du trajet des fibres dans la commissure postérieure du cerveau ; par le Dr Darckschewitsch (mars 1886).

L'auteur, en se livrant à des recherches sur des cerveaux de fœtus humains et de lapins adultes, est arrivé à distinguer dans la commissure postérieure du cerveau deux systèmes de fibres absolument indépendants. Le premier (système ventral) renferme des fibres qui vont de la glande pinéale vers le noyau supérieur de l'oculo-moteur ; le deuxième (système dorsal) est formé par les fibres des couches médullaires profondes des tubercules quadrijumeaux supérieurs, qui, après s'être entrecroisées derrière le canal central, se rendent à la région corticale du cerveau.

Des effets de l'uréthane ; par le Dr Kraepelin (mars 1886).

L'auteur a administré l'uréthane comme agent hypnotique à trente-quatre aliénés de différentes catégories. Ces malades ont pris en tout à peu près 200 doses, variant de 1 à 3 grammes. Une ou deux fois seulement la dose a été portée à 4 et 5 grammes.

Il résulte des observations de l'auteur qu'aux doses indiquées l'uréthane n'a aucune action nocive sur l'organisme, même quand on prolonge son emploi durant plusieurs semaines ; l'appétit notamment n'a été diminué dans aucun cas.

©BIUM

Quant à l'action thérapeutique, l'auteur dit que 10 à 15 minutes après l'ingestion du médicament il survient un sommeil calme durant plusieurs heures ; le malade, réveillé par une cause extérieure, se rendort quand cette cause cesse d'agir : au réveil il n'y a aucune pesanteur de tête. Il est évident que ces effets varient avec la cause de l'insomnie et la dose du médicament.

Dans les cas d'agitation excessive et de délirium tremens, l'uréthane reste impuissante, et la paraldéhyde lui paraît préférable. Peut-être aussi obtiendrait-on dans ces cas des effets heureux en élevant la dose. A la dose de 1 gramme le médicament n'a amené le sommeil que dans la moitié des cas ; tandis qu'à la dose de 2 et 3 grammes, l'effet hypnotique a été obtenu 70 fois p. 100.

L'auteur fait remarquer encore que l'uréthane n'étant pas *analgésique*, ne saurait, à cet égard, remplacer la morphine.

Les sujets soumis à la médication par l'auteur sont surtout des paralytiques et des mélancoliques anxieux. Chez les premiers, l'effet hypnotique s'est produit 60 fois p. 100 ; chez les seconds, 77 fois p. 100. Ils appartiennent tous au sexe féminin, et se trouvaient en général dans un état d'anémie plus ou moins accentué. L'uréthane paraît donc spécialement indiquée chez les personnes débilitées, et dans les cas d'excitation et de dépression avec diminution des fonctions nutritives.

Ce médicament présente sur la paraldéhyde le double avantage d'une action plus prolongée et d'un goût moins désagréable et pouvant être masqué facilement par un peu de teinture d'écorces amères.

Dégénérescence totale d'un pédoncule cérébral ; par Rossolymo (avril 1886).

L'observation de l'auteur porte sur un cas de ramollissement cérébral à la suite d'embolie. La lésion intéressait dans l'hémisphère gauche le lobe frontal tout entier, une grande partie du lobe temporal, et une portion du lobe occipital. Ce foyer de ramollissement avait donné lieu à une dégénérescence secondaire intéressant le pédoncule cérébral correspondant, non seulement dans ses parties moyennes et internes, mais aussi dans ses parties externes. Un exemple de dégénérescence secondaire intéressant la totalité du pédoncule cérébral a déjà été publié par Bechterew. Le même auteur a rapporté un cas où la lésion dégénérative intéressait la moitié externe seulement du pédoncule cérébral.

©BIUM

L'auteur se croit en conséquence autorisé à affirmer que, contrairement à l'opinion de beaucoup d'auteurs et notamment de Charcot et de ses élèves, le tiers extérieur du pédoncule cérébral participe aussi aux dégénérescences descendantes, quoique plus rarement que les autres parties du pédoncule. Ce fait, démontré par l'observation de l'auteur, est un argument contre l'opinion de l'école française, qui attribue à cette partie externe du pédoncule un rôle d'un ordre sensitif (1).

Un cas de tuberculose du pont de Varole;
par le Dr Bruns (avril 1886).

L'autopsie d'un jeune homme traité par l'auteur, a révélé l'existence d'une tumeur tuberculeuse du volume d'une châtaigne, dans l'épaisseur du pont de Varole. Des petits foyers tuberculeux étaient également disséminés à la surface du cervelet.

L'auteur fait remarquer que le diagnostic d'une tumeur tuberculeuse, siégeant dans le côté gauche de la protubérance, a pu être établi pendant la vie sans aucune difficulté. Le malade, prédisposé par hérédité à la tuberculose, avait une otite tuberculeuse, les sommets des poumons étaient également atteints, et comme symptômes particuliers de l'affection cérébrale, il y avait, outre une hémiplégie alterne, un signe pathognomonique des tumeurs dans le voisinage du noyau de l'oculo-moteur externe. Ce signe consiste dans une paralysie associée des mouvements des deux yeux, rendant impossible la direction des regards vers la gauche. La paralysie du muscle droit externe gauche paraissait plus accentuée que celle du muscle droit interne du côté droit. Cette paralysie conjuguée était le premier symptôme observé, et d'après l'auteur, aurait à lui seul pu éclairer le diagnostic. C'est un phénomène déjà observé par par Mierzejewsky et Rosenbach et qu'il faut expliquer par la communication directe qui relie le noyau de l'oculo-moteur externe avec les cellules ganglionnaires en rapport avec le droit interne du côté opposé. Bernhardt a publié trente cas de tumeurs de la protubérance, et a fait de ce symptôme une étude critique complète.

(1) Après avoir publié cette observation, l'auteur a eu l'occasion d'observer un nouveau cas de dégénérescence totale d'un pédoncule cérébral; il se propose d'en faire l'objet d'une communication ultérieure.

©BIUM

De l'influence de l'écorce cérébrale sur la pression sanguine et l'activité cardiaque; par Bechterew et Misslawsky (mai 1886).

En excitant moyennant des courants électriques peu intenses les régions corticales de l'encéphale, les auteurs ont constaté que suivant les régions où elles étaient appliquées, ces excitations augmentaient ou diminuaient la pression sanguine.

Appliqués à la partie postérieure du la zone motrice, les courants électriques provoquaient une augmentation de la pression sanguine; à la partie antérieure, au contraire, le résultat consistait en une diminution de cette pression, qui cependant était bientôt suivie d'une augmentation. Certains points de la région pariétale, et notamment de la 2e et de la 3e circonvolution ainsi que la partie de la 4e circonvolution qui borde la scissure de Sylvius, réagissaient contre les excitations électriques en donnant lieu à une diminution qui parfois durait moins longtemps que l'excitation électrique, mais qui n'était jamais suivie d'une augmentation.

L'influence des courants appliqués à l'écorce de la région occipitale a été nulle.

Quant à l'action sur le cœur, elle s'est traduite par une augmentation de la fréquence des battements quand on appliquait les courants à la zone motrice. L'accélération du pouls se produisait aussi bien dans les cas d'augmentation que dans les cas de diminution de la pression sanguine; plusieurs fois elle a été suivie d'une diminution de la fréquence des battements cardiaques.

Les courants appliqués en dehors de la zone motrice sont restés sans influence sur l'activité cardiaque.

Sur la perception unilatérale des excitations bilatérales dans les cas de foyers des hémisphères cérébraux; par le Dr Bruns (mai 1886).

L'auteur a observé sur un hémiplégique une particularité signalée pour la première fois par Oppenheim (*Neur. Centralb.*, décembre 1885). Ce dernier a découvert en effet que dans beaucoup de cas de tumeur cérébrale, les excitations de la sensibilité générale ou des sens spéciaux, quand elles portent sur le côté malade, sont perçues par le patient, tandis qu'elles cessent de l'être quand on porte simultanément la même excitation sur le côté sain et sur le côté malade.

©BIUM

Le sujet observé par l'auteur, et qui était atteint d'hémiplégie gauche, percevait parfaitement les sensations de douleur ou de température quand on soumettait à l'épreuve le côté paralysé seulement; mais appliquait-on une excitation identique à la fois au côté gauche et à un endroit symétrique du côté droit, aussitôt la sensation n'était plus perçue que du côté sain. L'auteur n'a pas pu faire l'expérience pour les impressions visuelles ou auditives : elle a été faite antérieurement par Oppenheim. Ces phénomènes qui peuvent avoir une importance pour le diagnostic sont loin d'être constants. Ils ont fait défaut dans tous les autres cas de lésion cérébrale observés par l'auteur, depuis qu'Oppenheim a signalé leur existence.

Anomalie céphalométrique dans un cas de cécité congénitale d'origine corticale; par le Dr Benedickt (mai 1886).

Une femme âgée de trente-cinq ans, atteinte de cécité congénitale, se présente à la policlinique pour douleurs de la tête et des yeux, en mai 1885. Les milieux transparents de l'œil ne présentent aucune anomalie. L'ophtalmoscope n'avait révélé, en mai 1884, qu'une simple pigmentation du fond de l'œil; ultérieurement il s'est développé une choroïdite double avec glaucome simple de l'œil droit.

Un fait important est révélé par l'examen céphalométrique. L'écaille de l'occipital n'a pas atteint son développement normal. La corde qui soutend l'arc formé par cet os, ne mesure que 88 millimètres; l'arc lui-même ne mesure que 99 millimètres; or d'après Weissbach, les dimensions minima sont de 99 et 120 millimètres.

L'auteur signale encore que la jonction des deux moitiés de l'écaille occipitale se fait de manière à ce que l'arc entier présente une courbure à peine appréciable.

Ces dispositions dénotent une aplasie des lobes occipitaux, c'est-à-dire une aplasie des centres visuels de Munck.

L'auteur termine son observation en exprimant l'espoir qu'on comprendra bientôt que la crâniométrie et la céphalométrie sont aussi indispensables pour l'étude de la pathologie cérébrale, que le sont la percussion et l'auscultation pour l'étude des maladies de la poitrine.

L'électrode de diffusion; par le Dr Adamkiewicz (mai 1886).

Voulant associer l'action des médicaments à celle des courants constants pour le traitement des névralgies, l'auteur a

©BIUM

fait construire un électrode spécial, dont la disposition principale consiste en un réservoir pouvant contenir un médicament. Cet électrode s'applique sur l'endroit douloureux comme un électrode ordinaire. L'auteur, pour ses expériences, a mis du chloroforme dans le réservoir de l'électrode. Il a obtenu des effets bien supérieurs à ceux de l'application de l'électrode simple ou de compresses de chloroforme. L'anesthésie s'est toujours manifestée au bout de peu de temps; et quoique la disparition de la douleur n'ait pas toujours été définitive, l'auteur estime qu'il y a là un moyen précieux pour la thérapeutique des névralgies.

Symptômes rares du début de la démence paralytique;
par le Dr Pelizeus (mai 1886).

L'auteur rapporte sommairement deux cas où les symptômes habituels de la paralysie générale ont été précédés de plusieurs mois par des manifestions pathologiques consistant, pour le premier cas en une, salivation excessivement abondante, pour le second en une lésion des cordes vocales amenant la transformation de la voix en voix de fausset.

Innervation des mouvements mimiques;
par le Dr Rosenbach (juin 1886).

La persistance des mouvements réflexes dans des muscles frappés de paralysie pour les mouvements volontaires, est un fait bien connu en pathologie. Pour les muscles de la face, il faut distinguer, en outre des mouvements volontaires et des mouvements réflexes proprements dits, les mouvements de la mimique. La paralysie peut exister pour ces derniers mouvements, alors que pour les mouvements volontaires le fonctionnement des muscles reste normal.

Charles Bell a le premier attiré l'attention sur ce fait, et a cité l'observation d'un malade pouvant, sous l'influence de la volonté, faire fonctionner les muscles innervés par le facial, alors que pour les expressions mimiques (rires ou pleurs) la fonction de ces mêmes muscles paraissait complètement abolie.

Le fait inverse (paralysie des mouvements volontaires avec conservation des mouvements mimiques dans le territoire du nerf facial) a été signalé par Magnus. Strohmeyer a rapporté un cas semblable à celui de Bell.

Nothnagel, cherchant à expliquer ces faits, est arrivé à émettre

©BIUM

l'hypothèse suivante : Dans les cas de paralysie des mouvements volontaires du facial avec intégrité des mouvements mimiques, il y a lieu de conclure à l'intégrité de la couche optique ; dans les cas contraires (paralysie mimique avec intégrité des mouvements volontaires), il y a lieu de croire à une lésion de la couche optique:

Des recherches expérimentales de Bechterew ont établi depuis que la couche optique est le centre des mouvements mimiques (non volontaires), et ont ainsi confirmé l'hypothèse de Nothnagel.

A ce sujet l'auteur rapporte le fait suivant observé par lui.

Une fille de trente-six ans, atteinte d'hémiplégie gauche passagère, présente après la disparition de cette paralysie une inertie complète des muscles innervés par le facial gauche, pour les mouvements mimiques, à tel point que lorsqu'elle rit, son facies est celui de l'hémiplégie faciale. Quand les mouvements mimiques cessent, l'aspect de la malade est celui d'une personne non atteinte de paralysie. Les muscles frappés de paralysie mimique ne refusent aucunement leur service à des grimaces *volontaires*. L'examen ophtalmoscopique révèle une hémianopsie bilatérale gauche, sans lésion *oculaire*.

D'après l'auteur ces symptômes ne sauraient être attribués qu'à une lésion de la couche optique, l'histoire générale de la maladie permettant de rejeter l'hypothèse d'une lésion cérébrale multiple, ainsi que celle d'une affection des tubercules quadrijumeaux.

Du reste, Gowers et Gayet ont déjà rapporté des cas de lésion de la couche optique avec paralysie mimique et hémianopsie.

Dans le cas particulier, ajoute l'auteur, la paralysie passagère du côté gauche doit s'expliquer par le voisinage de la capsule interne et de la couche optique ; et il estime que cette observation, quoique non suivie d'autopsie, constitue un élément important pour l'étude de la paralysie mimique.

D'une forme congénitale de paramyotonie observée dans une famille à travers six générations; par le Dr Eulenburg (juin 1886).

L'affection désignée sous le nom de paramyotonie par l'auteur aurait, avec la maladie de Thomsen, beaucoup de traits communs. Dans une famille où cette maladie apparaît pour la première fois à la suite d'une alliance avec une italienne apparte-

©BIUM

nant à une famille atteinte de cette affection, il s'est présenté, dans les cinq générations suivantes, 28 cas semblables : le nombre total des descendants de ces cinq générations étant de 118.

Un arbre généalogique fourni par un médecin faisant partie de la famille ainsi éprouvée, montre que le mal n'est pas toujours transmis directement par hérédité paternelle ou maternelle. On connaissait dès la naissance si l'enfant serait atteint.

D'une façon générale les manifestations morbides de cette singulière affection intéressent tout le système des muscles volontaires et se traduisent tantôt par des crampes suivies de rigidité, tantôt par des contractures suivies de paralysies plus ou moins durables. Ces symptômes ne se présentent pas toujours avec la même intensité, mais sont souvent assez prononcés pour empêcher la marche et la parole.

Contrairement à ce que l'on observe dans la maladie de Thomsen, où l'accès prend naissance sous l'influence des efforts musculaires volontaires, dans l'affection décrite par l'auteur, c'est le froid et surtout le froid humide qui paraît généralement provoquer les crises. Les deux affections présentent aussi des différences au point de vue des réactions électriques. Elles ont par contre, comme caractère commun, leur origine héréditaire et congénitale.

La question de savoir s'il s'agit dans cette nouvelle affection d'une maladie primitivement neuropathique ou myopathique est aussi difficile à trancher, selon l'auteur, que pour la maladie de Thomsen. Il émet cependant, sous toutes réserves, l'hypothèse qu'il pourrait s'agir pour l'anomalie qu'il signale d'une affection vaso-motrice spasmodique d'ordre réflexe, d'une *angioneurose spasmodique* de l'appareil musculaire volontaire. Quant à la question de l'influence des mariages consanguins, soulevée par Bernhardt à propos de la maladie de Thomsen, l'auteur estime que les faits observés ne permettent pas d'attribuer à cette donnée une importance bien définie. Dans la famille en question il y a eu deux mariages consanguins (sur 118 individus), il est né de chacun de ces mariages des enfants qui n'ont pas été atteints par la maladie en proportion plus forte que dans d'autres branches de la famille.

Dr AL. ADAM.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

Recherches sur l'étiologie de la paralysie générale chez l'homme; par M. le Dr J. Christian, médecin de la maison nationale de Charenton. — Publication du *Progrès médical*. (Extrait des *Archives de Neurologie*, 1887.)

Il serait superflu de rappeler aux lecteurs des *Annales médico-psychologiques* les nombreux travaux de M. Christian sur la paralysie générale. Il est un des aliénistes que l'étude de cette affection si intéressante a le plus séduits.

Aujourd'hui il cherche à résoudre le problème de l'étiologie de la paralysie générale, en étudiant et en comparant les causes qui lui ont semblé avoir préparé et fait éclore l'affection chez les malades qu'il a suivis et traités lui-même.

Ces malades, au nombre de trois cent quarante, sont tous des hommes. Pour la plupart ils ont été observés à Charenton, et l'on sait qu'il est bien plus facile de se procurer des renseignements exacts sur les antécédents des malades de cet établissement que sur ceux des asiles publics ordinaires. — De cette sorte de statistique, portant sur un nombre sérieux de sujets étudiés dans des conditions très favorables, découlent des conclusions qu'on doit nécessairement prendre en réelle considération.

La plus importante de ces conclusions est celle-ci : la paralysie générale n'atteint pas particulièrement les sujets les plus intelligents, au contraire. Voici, du reste, comment s'exprime M. Christian : «..... Lorsque l'on étudie les paralytiques généraux au point de vue de leur état cérébral, antérieur à la maladie, on constate (c'est du moins le résultat de mon expérience) que presque tous n'avaient qu'une capacité intellectuelle médiocre, ne dépassant pas la moyenne, ou même restant au-dessous. Chez ceux que l'on pouvait citer pour leurs facultés brillantes, il existait en même temps des lacunes singulières : il n'en est aucun qui se fit remarquer par une intelligence supérieure bien pondérée. Cette faiblesse intellectuelle relative est congénitale chez les uns....., chez les autres, elle est survenue

©BIUM

accidentellement dans l'enfance, à l'époque de la puberté ou même plus tard..... »

Les paralytiques généraux ne forment donc pas, quant à l'état mental antérieur à l'affection, une classe à part. Ils sont le plus souvent, comme les autres aliénés, des débiles, des dégénérés, des désiquilibrés. Malgré l'autorité des auteurs qui enseignent le contraire et qui pensent même que la paralysie générale est un triste privilège de la supériorité intellectuelle, je suis convaincu pour ma part que M. Christian a raison.

On s'est aperçu que les grands travailleurs étaient exposés à devenir paralytiques et on en a conclu, bien à tort, que les sujets intelligents étaient exposés à la paralysie générale. Surmenage intellectuel et supériorité intellectuelle n'ont pas grand chose de commun. Le surmenage peut conduire et conduit souvent à la méningo-encéphalite diffuse ; mais pour quelle raison un cerveau bien organisé serait-il plus prédisposé qu'un autre, moins bien organisé, à devenir malade ? — Il y aurait dans ce fait une exception bizarre et inexplicable aux grandes lois qui régissent la pathologie générale.

Je viens d'indiquer le point le plus original et en même temps le plus important de cette étude. Mais l'auteur passe aussi en revue les différentes causes généralement admises de la paralysie générale. On lira avec intérêt son opinion sur la valeur étiologique de la profession, de l'alcoolisme, des excès vénériens, etc. Il constate qu'il y a beaucoup plus d'hommes mariés que de célibataires parmi les malades. Est-il exact d'en conclure, comme il le fait, que l'affection frappe de préférence les hommes mariés ? Je ne le pense pas. Il faudrait pour tirer une conclusion de ce genre une statistique bien plus complète que la sienne, il faudrait connaître le rapport qui existe entre le nombre des hommes mariés et celui des célibataires en France et à l'âge des malades observés.

Enfin, M. Christian termine son excellent travail en résumant ainsi l'étiologie de la paralysie générale : 1° *Causes prédisposantes* : Faiblesse relative du cerveau, congénitale ou acquise, au moins dans le plus grand nombre des cas ; 2° *Causes occasionnelles* : on peut toutes les ramener au *surmenage*.

L. CAMUSET.

©BIUM

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— The American Journal of psychology (Journal américain de psychologie), publié sous la direction de G. Stanley Hall, professeur de psychologie et de pédagogie à l'Université de John Hopkins. 1re année, 1er numéro, février 1888, Baltimore, Maryland. N. Murray édit.

— Philosophie des sciences. Le rôle des idées dans le monde social. De l'institution des cours de philosophie des sciences dans l'enseignement supérieur ; par D. Stolipine. Broch. in-8° de 18 pages. Genève, 1888. A. Cherbuliez, libraire.

— Etude clinique sur le délire religieux (Essai de séméiologie); par le Dr J.-M. Dupain, ancien interne des asiles de la Seine. 1 vol. in-8° de 307 pages. Paris 1888. Ad. Delahaye et E. Lecrosnier, édit.

— Les irresponsables devant la justice; par le Dr A. Riant, licencié en droit, etc. 1 vol. in-16 (306 pages) de la *Bibliothèque scientifique contemporaine*. Paris, 1888. J.-B. Baillière, édit.

— Bibliographie des modernen hypnotismus (Bibliographie de l'hypnotisme moderne); par Max Dessoir. Broch. in-8° de 94 pages. Berlin, 1888. Carl Duncker, édit.

— Note sur la pathogénie de l'épilepsie; par Georges Lemoine, agrégé à la faculté de Lille. Broch. in-8° de 12 pages. Extrait du *Progrès médical*, Paris 1888.

— Les eaux minérales à vol d'oiseau; par le Dr Hospital, médecin en chef de l'asile des aliénés de Sainte-Marie à Clermont-Ferrand. Broch. in-8° de pages. Clermont-Ferrand, 1887, Typ. G. Mont-Louis.

— Considérations générales sur les fausses rages. Observation de délire aigu hydrophobique. Hôpital Saint-Antoine (1872) ; par le Dr E. Mesnet, membre de l'Académie de médecine. Broch. in-8° de 24 pages. Paris, 1887, G. Masson, édit.

— Studi di anthropologia pathologica sulla Pazzia. II. Sul peso dell' encefalo in rapporto con i caratteri craniometrici negli alienati. (Etudes d'anthropologie pathologique sur la folie. II. Du poids de l'encéphale dans ses rapports avec les caractères craniométriques chez les aliénés) ; par le professeur Enrico Morselli. Broch. in-8° de 30 pages. Extrait de la *Rivista sperimentale di Freniatria et di medicina legale*. Reggio-Emilia, 1888.

— Influence dégénérative de l'alcool sur la descendance Recherches expérimentales; par MM. A. Mairet et Combemale. Broch. in-4° de 8 pages. Extrait des Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences, 19 mars 1888.

— On insanity in relation to cardiac and aortic disease and

©BIUM

phtisis (De la folie dans ses rapports avec les maladies du cœur et de l'aorte et avec la phtisie); par Julius Mickle, médecin en chef de l'asile de Grove Hall. 1 vol. in-16 de 93 pages, cart. à l'angl. Londres 1888. H. K. Lewis.

— Recherches cliniques sur la paralysie générale chez l'homme; par le Dr L. F. Arnaud, interne des asiles de la Seine. Thèse de Paris, 1888. Broch. in-8° de 80 pages. O. Doin, édit.

— Pazzia morale ed epilessia. Observazione et considerazioni (Folie morale et épileptique. Observations et remarques); par les Drs Sighialli et Tambroni. Broch. in-8° de 32 pages. Extrait de la *Rivista sperimentale di Freniatria*. Reggio-Emilia, 1888.

— Quand et comment doit-on prescrire la digitale; par le Dr Henri Huchard, médecin de l'hôpital Bichat. 1 vol. in-8° de 136 pages. Paris 1888. O. Berthier, édit.

— La galvanizzazione della tiroide negli epilettici (La galvanisation de la thyroïde chez les épileptiques); par le Dr Celso Sighicelli, médecin-assistant de manicome provincial de Ferrare. Broch. in-8° de 8 pages. Extrait de la *Rivista sperimentale de la Freniatria*. Reggio-Emilia, 1888.

— Verslag betreffende het gesticht Meerenberg over het jaar 1887 (Rapport sur l'asile du Meerenberg pour l'année 1887); par le Dr Van Persijn, directeur médecin en chef. Broch. in-8° de 106 pages avec plans et tableaux statistiques, Haarlem 1888. Joh. Enschedé.

— Verslag omtrent het geneeskundig gesticht voor krankzinnigen te Utrecht over het jaar 1887 (Rapport sur le service médical de l'asile d'Utrecht pour l'année 1887); par le Dr Th. Moll, directeur-médecin. Broch. in-8° de 138 Utrecht. 1888. Kemink et fils.

— Note sur les modifications du pouls dans le paroxysme épileptique, et sur l'influence de l'effort musculaire localisé sur la forme du tracé sphygmographique; par le Dr Ch. Féré, médecin de Bicêtre. Extrait de la *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*. Broch. in-8° de 11 pages. S. l. n. d.

— Un cas de lentigo unilatéral chez un épileptique; par le Dr Ch. Féré, médecin de Bicêtre. Extrait de la *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*. Broch. in-8° de 2 pages avec deux planches en phototypie. S. l. n. d.

— Un caso di pazzia a quatro (un cas de folie à quatre); par le Dr Raffaele Roscioli, médecin de manicome interprovincial de Nocera inferiore. Broch. in-8° de 24 pages. Extrait de *Il manicomo moderno*. Nocera, 1888.

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

— M. le Dr Donnet, ancien député, directeur-médecin en chef de l'asile de Vaucluse (Seine-et-Oise), a été élu sénateur de la Haute-Vienne, le 14 octobre 1888.

— *Arrêté du 7 août* 1888 : Sont promus pour prendre rang à partir du 1er juillet 1888, M. le Dr Maret, directeur-médecin de l'asile d'Auch (Gers), à la classe exceptionnelle (8,000 francs); MM. les Drs Cullerre, directeur-médecin de l'asile de La Roche-sur-Yon (Vendée), et Langlois, médecin en chef de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle), à la 1re classe (7,000 francs); MM. les Drs Germain Cortyl, directeur-médecin de l'asile d'Alençon (Orne), et Boubila, médecin en chef à l'asile de Marseille, à la 2e classe (6,000 francs); M. le Dr G. Lemoine, médecin-adjoint de l'asile de Bailleul (Nord), à la 1re classe de son grade (3,000 francs.)

— *Arrêté du* 10 *août* 1888 : M. le Dr Guyot, médecin-adjoint à l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure), est nommé directeur-médecin de l'asile de Châlons (Marne), en remplacement de M. le Dr Henry Bonnet, admis à faire valoir ses droits à la retraite, et est placé dans la 3e classe de son grade (5,000 francs).

— *Arrêté du* 20 *août* 1888 : M. le Dr Ch. Vallon, médecin en chef à l'asile de Villejuif (Seine), est promu à la 2e classe de son grade (6,000 francs), pour prendre rang à partir du 1er juillet 1888.

— *Arrêté du* 27 *août* 1888 : M. le Dr Dubuisson, ancien médecin-adjoint des asiles publics en disponibilité, médecin en chef à l'asile privé de Leyme (Lot), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure), et est placé dans la 1re classe de son grade (3,000 francs.)

NÉCROLOGIE.

M. le Dr Théodore Challand. — Nous apprenons avec le plus vif regret la mort de notre collaborateur et ami, M. le Dr Théodore Challand, directeur et médecin en chef de l'asile des aliénés du Bois-de-Cery (Lausanne, Suisse), qui vient de succomber subitement, à l'âge de quarante-sept ans, à la suite

©BIUM

d'une affection cardiaque dont il souffrait depuis un certain temps.

Après avoir commencé ses études à Würzbourg, Challand se rend à Paris et y devient au bout de quelques années, interne de Charcot et de Magnan. En 1870, il entre dans l'ambulance dirigée par M. Trélat et y rend de grands services, grâce à sa connaissance complète de la langue allemande. Pendant la Commune, on le retrouve interne à la Pitié. Il rentre à Lausanne en 1872, et quatre ans plus tard, le Conseil d'État du canton de Vaud l'appelait à la tête de l'important asile du Bois-de-Cery, qu'il dirigea pendant douze ans avec le plus grand zèle et la plus grande activité.

Parmi les travaux scientifiques de Challand, disséminés un peu partout, nous citerons d'abord sa thèse sur l'absinthisme, thèse faite sous la direction de M. Magnan et qui valut à son auteur une médaille d'argent. Cette thèse a encore actuellement toute sa valeur et peut être consultée avec fruit.

Citons en passant ses travaux sur la pilocarpine, l'apomorphine, l'alcoolisme, sur le traitement de la paralysie générale, etc., travaux publiés pour la plupart dans le *Bulletin médical* de la Suisse Romande.

Pendant plusieurs années, il nous fit l'honneur d'être un des collaborateurs des *Annales médico-psychologiques*. Il était en outre vice-président du comité directeur des examens fédéraux de médecine.

Challand, grâce à son caractère gai et aimable, n'avait que des amis et il laissera d'unanimes regrets.

— M^me^ Billod, veuve de notre regretté collaborateur, est décédée le 23 août 1888, à Château-Gontier (Mayenne). Elle a légué, par son testament olographe en date du 14 novembre 1884, 2,500 francs à la Société de patronage des aliénés sortis guéris des asiles publics du département de la Seine, et 2,500 francs à l'Association mutuelle des médecins aliénistes de France.

ORGANISATION DU CONCOURS POUR LES PLACES DE MÉDECIN-ADJOINT DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS.

Le président du conseil, ministre de l'intérieur, Sur la proposition du directeur de l'Assistance publique et des institutions de prévoyance; — Vu la loi du 30 juin 1838, l'ordonnance du 18 décembre 1839 et les décrets des 6 juin 1863 et 4 février 1875 : — Vu le décret du 25 mars 1852; — Vu l'arrêté ministériel en date du 6 mars 1888 instituant une commission chargée d'étudier le meilleur mode de concours à organiser pour l'admission aux emplois de médecins adjoints des asiles publics d'aliénés; — Vu le rapport présenté par

©BIUM

ladite commission (1); — Vu l'avis de M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts; — Arrête :

ARTICLE PREMIER. — Il est constitué un concours pour l'admissibilité aux emplois de médecins adjoints des asiles publics d'aliénés.

ART. 2. — Le concours sera régional; il y aura autant de régions que de facultés de médecine de l'Etat. — La circonscription de chaque région sera composée comme il est indiqué dans le tableau annexé au présent arrêté.

ART. 3. — Les candidats devront être Français et docteurs d'une des Facultés de médecine de l'Etat. — Leur demande devra être adressée au ministre de l'intérieur qui leur fera connaître si elle est agréée et s'ils sont admis à prendre part au concours. Ils ne devront pas être âgés de plus de trente ans au jour de l'ouverture du concours. Ils auront à justifier de l'accomplissement d'un stage d'une année, au moins, comme internes dans un asile public ou privé consacré au traitement de l'aliénation mentale. Toute demande sera en conséquence accompagnée des pièces faisant la preuve de ce stage, de l'acte de naissance du postulant, ainsi que de ses états de services quelconques. Les candidats seront libres de concourir à leur choix, dans l'une ou l'autre des régions. Au fur et à mesure des vacances d'emplois qui se produiront dans les asiles publics de la région où ils auront passé le concours, les candidats déclarés admissibles seront désignés au choix des préfets, suivant l'ordre de classement établi par le jury d'après le mérite des examens.

ART. 4. — Un premier concours sera ouvert en 1888 dans chaque région pour l'application du présent arrêté, à une date qui sera ultérieurement déterminée. Ce concours aura lieu en vue de l'admission de trois candidats dans la région de la Faculté de médecine de Paris et de deux candidats dans chacune des autres régions. — Un nouveau concours n'aura lieu ensuite dans chaque région que lorsque la liste des candidats déclarés admissibles y sera épuisée à une seule unité près.

Chaque concours sera annoncé au moyen d'insertions faites au *Journal officiel* et dans le *Recueil des Actes administratifs* de la préfecture du chef-lieu de chaque région. Tout admissible qui n'aurait pas été pourvu d'un emploi dans un délai de six ans à compter de la date du concours, aurait à se soumettre de nouveau aux épreuves instituées par le présent arrêté, à moins

(1) Cette commission était composée de MM. Bourneville, président et rapporteur; Donnet, médecin-directeur de l'asile de Vaucluse; Giraud, médecin-directeur de l'asile de Quatre-Mares.

©BIUM

qu'il ne justifiât avoir, dans l'intervalle, été attaché pendant trois ans au moins, à un asile d'aliénés en qualité d'interne.

A titre exceptionnel, et lorsqu'il y aura urgence à nommer le médecin adjoint d'un asile dans une région où la liste des admissibles se trouverait épuisée, l'administration supérieure conservera la faculté d'appeler à cet emploi un candidat d'une autre région, à la condition que celui-ci déclarera expressément renoncer au droit qui lui appartient d'obtenir son poste de début dans la région où il a subi le concours. A titre exceptionnel également et lorsqu'une nécessité d'ordre supérieur le recommanderait, ou encore par mesure disciplinaire, tout médecin adjoint nommé pour son début dans la région où il aura concouru, pourra être ensuite envoyé avec ses mêmes fonctions dans un asile situé hors de cette région.

ART. 5. — Les médecins adjoints pourront être nommés médecins en chef ou directeurs-médecins dans toute la France.

ART. 6. — Le jury chargé de juger les résultats du concours sera composé, dans chaque région : 1° de trois directeurs médecins ou médecins en chef de la région ; 2° d'un inspecteur général des établissements de bienfaisance ; 3° d'un professeur désigné par la Faculté de médecine de la région. Les directeurs-médecins et les médecins en chef appelés à faire partie du jury seront désignés par voie de tirage au sort parmi les docteurs qui remplissent l'une ou l'autre de ces fonctions dans un des asiles publics de la région. Il sera procédé, en outre, au tirage au sort d'un juré suppléant pris également parmi les directeurs médecins et médecins en chef.

ART. 7. — Les épreuves sont au nombre de quatre :

1° Une *question écrite* portant sur l'*anatomie* et la *physiologie du système nerveux* pour laquelle il sera accordé trois heures aux candidats. Le maximum des points sera de 30 ; 2° Une *question orale* portant sur la médecine et la chirurgie ordinaires pour laquelle il sera accordé 20 minutes de réflexion et 15 minutes pour la dissertation. Le maximum des points sera de 20; 3° Une *épreuve clinique* sur deux malades aliénés. Il sera accordé 30 minutes pour l'examen des deux malades, 15 minutes de réflexion et 20 minutes d'exposition. L'un des deux malades devra être examiné et discuté plus spécialement au point de vue médico-légal. Le maximum des points sera de 30 ; 4° Une *épreuve sur titres*. Les travaux scientifiques antérieurs des candidats seront examinés par le jury et feront l'objet d'un rapport qui pourra être communiqué aux candidats sur leur demande. Le maximum des points sera de 10. Les points pour cette épreuve devront être donnés au début de la première séance de lecture des compositions écrites.

ART. 8. — Ne sera pas soumis aux épreuves du concours

©BIUM

institué par le présent arrêté le chef de la clinique des maladies mentales organisée à l'asile Sainte-Anne; lorsqu'il sera chargé des fonctions de médecin adjoint dans cet établissement, conformément aux dispositions des articles 3 et 4 de l'arrêté ministériel du 8 octobre 1879.

ART. 9. — Le directeur de l'Assistance publique et des institutions de prévoyance est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Paris, le 18 juillet 1888. *Pour le président du conseil*, le sous-secrétaire d'Etat, signé : LÉON BOURGEOIS.

Pour la répartition des départements entre chaque région, on s'est guidé sur les dispositions de l'arrêté du Ministre de l'Instruction publique en date du 22 juillet 1878, qui a déterminé les circonscriptions des facultés de médecine, des écoles de plein exercice et des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

D'après cela, la circonscription de la *Faculté de médecine de Paris* comprendra les asiles suivants : Sainte-Anne, Vaucluse, Ville-Evrard et Villejuif (Seine); Alençon (Orne); Bonneval (Eure-et-Loir); Saint-Yon et Quatre-Mares (Seine-Inférieure); Evreux (Eure); Saint-Méen (Ille-et-Vilaine); Quimper (Finistère); Lesvellec (Morbihan); La Roche-sur-Yon (Vendée); Breuty (Charente); Lafond (Charente-Inférieure); Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire); La Roche-Gandon (Mayenne); Le Mans (Sarthe); Naugeat (Haute-Vienne); Blois (Loir-et-Cher) et Bourges (Cher).

La circonscription de la *Faculté de Lille* comprend les asiles d'Armentières et de Bailleul (Nord), de Saint-Venant (Pas-de-Calais), de Prémontré (Aisne) et de Clermont (Oise).

Celle de la *Faculté de Nancy*, les asiles de Maréville (Meurthe-et-Moselle), de Dôle (Jura), de Châlons (Marne), et de Fains (Meuse).

Celle de la *Faculté de Lyon*, les asiles de Bron (Rhône), de Dijon (Côte-d'Or), de Saint-Dizier (Haute-Marne), de La Charité (Nièvre), d'Auxerre (Yonne), de Saint-Robert (Isère) et de Bassens (Savoie).

Celle de la *Faculté de Bordeaux*, les asiles de Bordeaux et de Cadillac (Gironde), de Sainte-Catherine (Allier), de Saint-Alban (Lozère), de Rodez (Aveyron), de Braqueville (Haute-Garonne), de Saint-Lizier (Ariège), d'Auch (Gers) et de Saint-Luc (Basses-Pyrénées.)

Enfin la circonscription de la *Faculté de Montpellier* comprend les asiles d'Aix et de Marseille (Bouches-du-Rhône), de Pierrefeu (Var) et de Mont-de-Vergues (Vaucluse).

©BIUM

Congrès international d'anthropologie criminelle.

La deuxième session du *Congrès international d'anthropologie criminelle* se tiendra à Paris du 1er au 8 août 1889. Les séances auront lieu dans le local de la Société d'anthropologie de Paris, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. Le droit d'admission au Congrès est fixé à 20 francs. Les souscripteurs recevront gratuitement le volume des comptes rendus des travaux de la session.

Le Comité d'organisation se compose de MM. les Drs Brouardel, président d'honneur; Théophile Roussel, président; Lacassagne et Motet, vice-présidents; Magitot, secrétaire général, à qui toutes demandes de renseignements et d'admission devront être adressées (8, rue des Saints-Pères), et de MM. les Drs Pozzi, Mathias Duval, Ball, Letourneau, Topinard, Hervé, Manouvrier, Bordier, Fauvelle, Delasiauve, Blanche, Mesnet, Laborde, Jules Falret, Collineau, Auguste Voisin, Magnan, Féré, Henri Coutagne, Bournet, et de MM. Ploix, Tarde, Alphonse Bertillon et Garaud.

Voici une première liste de questions posées au Congrès de 1889 et acceptées par le Congrès :

1° Existe-t-il des caractères anatomiques propres aux criminels? Les criminels présentent-ils en moyenne certains caractères anatomiques particuliers? Comment doit-on interpréter ces caractères? (Rapporteur : M. le Dr Manouvrier.)

2° De l'atavisme chez les criminels. (Rapporteur : le Dr Bordier.)

3° Lorsqu'un prévenu a été reconnu coupable, peut-on établir, par l'anthropologie criminelle, la classe de criminels à laquelle il appartient? (Rapporteur : M. R. Garofalo, de Naples.)

4° Des perversions morales et affectives chez les enfants. (Rapporteur : M. le Dr Magnan.)

5° De l'éducation correctionnelle. Réformes en rapport avec les données de la biologie et de la sociologie criminelles. (Rapporteur : M. le Dr Motet.)

6° De l'anthropologie criminelle considérée comme une branche de l'anthropologie juridique. Sa place dans l'anthropologie. (Rapporteur : M. le Dr Manouvrier.)

7° Les anciens et les nouveaux fondements de la responsabilité morale. (Rapporteur : M. Tarde.)

8° De la libération conditionnelle. Quels sont, en s'appuyant sur les données de la biologie criminelle, les individus auxquels elle peut être accordée ou devrait être refusée. (Rapporteur : M. le Dr Semal.)

9° Du signalement anthropométrique et descriptif chez des

©BIUM

sujets de quinze à vingt ans. (Rapporteur : M. Alphonse Bertillon.)

10° Dégénérescence mentale et simulation de la folie. Rapports réciproques. (Rapporteur : M. le Dr Paul Garnier.)

QUARANTE-DEUXIÈME CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS ET DIRECTEURS DES ASILES D'ALIÉNÉS AUX ÉTATS-UNIS.

Ce congrès annuel a été tenu, le 15 mai 1888, à Monroe, Virginie. Cinquante-cinq membres étaient présents. Parmi les questions traitées, il faut principalement noter les suivantes : De l'influence du traumatisme sur la production et sur la guérison de la folie ; rapports de la phtisie et de la folie ; l'imbécillité et la folie ; du groupement des réfectoires dans les asiles d'aliénés, et de son utilité ; de l'importance qu'il y a pour tous les médecins de mieux connaître les maladies mentales ; les bases du recrutement des asiles d'aliénés ; emploi, formation et éducation des infirmiers d'asiles ; le tact dans le traitement de la folie. Toutes ces questions, et quelques autres, ont donné matière à des discussions longues et approfondies. Au cours du Congrès les membres présents ont fait une intéressante visite à l'asile d'aliénés de Williamsburg.

PROJET D'UN CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE AUX ÉTATS-UNIS.

La Société de médecine légale de New-York vient de prendre en mains deux entreprises importantes, l'une qui la concerne personnellement, l'autre qui est d'un intérêt plus général.

La première vise à donner à la Société un caractère national et à la transformer de telle sorte que ses membres titulaires pourraient être pris non seulement dans l'état de New-York, mais encore dans tous les états et territoires de l'Union.

La seconde est de provoquer la réunion d'un congrès spécial où seraient discutées les questions principales qui intéressent à la fois la jurisprudence et la médecine dans leurs rapports réciproques.

Un appel nous a été adressé pour faire connaître ce projet de congrès et y appeler des adhérents. Nous ne pouvons que souhaiter le succès de l'entreprise, qui est certainement des plus utiles. Nous ne pouvons cependant nous défendre d'une certaine appréhension sur le résultat final, en nous rappelant les difficultés nombreuses qui ont entravé le succès du récent Congrès international de médecine à Washington.

D'autre part nous ne pouvons nous défendre d'un certain étonnement, pour ne pas employer d'autre expression, en voyant que, dans la circulaire qu'elle nous a envoyée, la Société de médecine légale de New-York, mentionnant les

©BIUM

progrès accomplis par l'influence des Sociétés médico-psychologiques en Belgique, en Hollande, en Russie, et ailleurs, laisse entendre qu'il n'y a pas au monde d'autre Société de médecine légale qu'elle-même, et qu'elle semble ignorer l'existence de la Société de médecine légale de France, dont les membres comptent cependant parmi eux des hommes d'une haute distinction et dont les travaux ont certainement fait accomplir à la science médico-légale des progrès importants et décisifs.

FAITS DIVERS.

Faculté de médecine de Montpellier. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en date du 16 octobre 1888, la chaire de clinique des maladies nerveuses de la faculté de médecine de Montpellier est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Asiles d'aliénés de la Seine. — Par décret rendu en conseil d'Etat, le service de la recette et la dépense des asiles publics d'aliénés du département de la Seine sera désormais confié à un receveur unique, qui prendra le titre de receveur des asiles publics d'aliénés de la Seine. Ce fonctionnaire remplira, en cette qualité, les fonctions prévues par la loi du 30 juin 1838, c'est-à-dire celles d'agent comptable pour les biens appartenant aux aliénés séquestrés et non interdits.

Asile pour les enfants idiots. — M. le Dr Gadaud, député, a demandé au Conseil général de la Dordogne d'inviter l'administration préfectorale à transmettre au ministre compétent un vœu tendant à la création, dans le département, d'un asile pour les enfants idiots ou aliénés, et à fournir au conseil général, dans une prochaine session, les éléments nécessaires l'émission d'un vote ferme et définitif.

Ces conclusions ont été adoptées à l'unanimité.

Les hôpitaux d'ivrognes en Angleterre. — Le quatrième rapport annuel de l'asile pour les ivrognes de Dalrymple constate que 115 malades ont été traités dans cet asile. Voici ce que l'on a pu constater chez ceux que l'on a pu retrouver. 52 se conduisent bien, 4 se sont améliorés, 4 sont morts, et 1 est devenu aliéné. Dans ces cas les malades avant leur admission à l'hôpital étaient adonnés depuis longtemps (jusqu'à huit ans et demi) aux habitudes de l'ivrognerie.

Des 52 malades admis dans le courant de l'année passée, 33 furent admis en vertu de l'acte du Parlement, et 19 comme des malades privés.

(*Le Bulletin médical*, nº du 26 août 1888.)

©BIUM

Grèce. — On vient d'ouvrir à Attica le premier asile d'aliénés de la Grèce. Jusqu'à ce jour on enfermait les personnes atteintes d'aliénation mentale dans les couvents.

La pellagre en Italie. — La commission d'étude de la pellagre a terminé son rapport. Elle constate une diminution progressive de la maladie. En 1882, les pellagreux étaient 13,673; en 1886, 8,734 et en 1887, 6,653 et cela malgré l'accroissement de la population. La commission attribue ces résultats favorables à l'intervention de l'Etat dans les mesures d'hygiène publique.

Mésaventure d'un hypnotiseur. — Le *New-York medical-Journal,* du 28 juillet 1888, rapporte, d'après le *Buffalo Sunday Morning News*, une anecdote qui, si elle est vraie, doit mettre sur leur gardes les imprudents qui se hasardent à faire de l'hypnotisme au hasard. Un hypnotiseur, de passage à Sault-Sainte-Marie, fut prié de donner dans une soirée une séance d'hypnotisme. Parmi les personnes qu'il réussit à endormir se trouvait une jeune fille chez qui il fut très facile de provoquer le sommeil artificiel. Mais, hélas! il ne fut point du tout aussi facile de l'en tirer. L'endormie se mit à suivre son endormeur, et, malgré tous les efforts, on ne put l'empêcher de s'attacher à ses pas. Des médecins furent invités à rompre le charme, mais n'y purent réussir. Finalement on ne vit qu'un moyen de sortir d'affaire, un bon mariage, auquel, dit-on, l'hypnotiseur se prêta du reste volontiers. L'anecdote nous vient de loin, et par ce fait sa véracité a beau jeu. Toutefois le cas n'est point impossible et vaut la peine qu'on le mentionne. On peut se demander si la dite jeune fille n'a point joué habilement un jeu intentionnel; en outre, si tous les hypnotiseurs ne doivent pas craindre une mésaventure pareille, ils peuvent, avec certains sujets, en redouter d'autres qui ne seraient pour eux pas moins désagréables.

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, 11 novembre 1888, à dix heures du matin, et le continuera, les jeduis et dimanches suivants, à la même heure.

Pour les articles non signés : ANT. RITTI.

©BIUM

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE VIIIe VOLUME DE LA SEPTIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. — Chronique.

Pages.

Rapport de M. le sénateur Claude (des Vosges). — Alcoolisme et criminalité. — Les misères du siècle. — Les irresponsables devant la justice; — par M. le Dr A. Motet. 5

Philippe Pinel et son œuvre au point de vue de la médecine mentale. — L'emprisonnement cellulaire est-il cause de folie? — Du vertige des fumeurs. — Des gastrorrhagies dans la paralysie générale. — Pathogénie et traitement de l'épilepsie. — *Histoire de la philosophie en France au* XIXe *siècle*, par M. M. Ferraz; — par M. le Dr. Ant. Ritti. 177

II. — Pathologie.

Simple contribution à l'anatomie pathologique de l'épilepsie; par M. le Dr Hospital 21

Trouble spécial de la sensibilité cutanée (sensation de mouillure), observée chez deux aliénées; par M. le Dr J. Ramadier. 30

Des lésions de la moelle épinière observées chez les aliénés; par M. le Dr Steward. (Traduit par Ach. Foville.) 195

De l'emploi de l'uréthane comme hypnotique chez les aliénés; par M. le Dr Adam. 216

Folie de la puberté. Leçons classiques (1re leçon); par M. le Dr. A. Mairet. 337

Un cas de somnambulisme hystérique spontané et provoqué; par M. le Dr A. Cullerre. 354

Contribution à l'étude de la folie communiquée (délire à trois); par M. le Dr Pagès. 371

Deux cas de paralysie générale avec autopsie chez des imbéciles; par M. le Dr L. F. Arnaud. 383

©BIUM

III. — Archives cliniques.

Pages.

Mélancolie suicide consécutive à l'onanisme; par M. le Dr Biaut. . 34
Attaque unique d'hysteria-major avec aura psychique, chez un garçon de dix-sept ans; par M. le Dr Costilhes 220

IV. — Médecine légale.

Revue de médecine légale: les incendiaires; par M. le Dr A. Giraud 40
Un détenu simulant la folie pendant trois ans; par M. le Dr Em. Laurent. 225

V. — Législation.

Etude casuistique sur la mise en liberté des aliénés; par M. le Dr Chambard 390

VI. — Revue critique.

La folie puerpérale, sa nature et ses origines, d'après de récents travaux; par M. le Dr Victor Parant 62
Pathogénie et traitement de la neurasthénie; par M. le Dr G. Lemoine. 235
Syphilis et folie; par M. le Dr Victor Parant. 414

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. — Société médico-psychologique.

Séance solennelle du 30 *avril* 1888. — Mort de MM. Brochin et Bernard. — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Marandon de Montyel, Chambard, Schüle, Hospital, Chazarain, Mérillon, Pichon et Mme Alice Sollier. — Rapport sur le prix Esquirol : M. Rouillard. — Rapport sur le prix Moreau (de Tours): M. Chaslin. — Rapport sur le prix Aubanel: M. Séglas. 83
Séance du 28 *mai* 1888. — A propos du procès-verbal : M. Falret. — Correspondance et présentations d'ouvrages: MM. Legrain, Larroque, Baret, Arnaud, Dupain, Bettencourt-Rodrigues, Masoin, Klein — Mort de M. Fournet. — Rapport de M. Marandon de Montyel sur la candidature de M. Chambard: élection. — Rapport

©BIUM

Pages.

de M. Christian sur la candidature de M. Schüle : élection. — Du délire chronique (*suite*) : MM. Séglas, Ball, Pichon, Lwoff, Falret, Paul Garnier, Briand, Cotard 105

Séance du 25 *juin* 1888. — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Chambard, Schüle, Donnet, Pichon, Ritti, Ball, Magnan, Lagrange, de Jong. — Rapport de M. Motet sur la candidature de M. Vétault : élection. — Rapport de M. Paul Garnier sur la candidature de M. Dupain : élection. — Accidents épileptiques avec conscience. Paralysie générale d'origine traumatique. Présentation des malades : MM. Ball, Magnan, Paul Garnier. — Du délire chronique (*suite et fin*) : MM. Marandon de Montyel, Ball, Falret 247

Séance du 30 *juillet* 1888. — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Dupain, Vétault, Massalongo, Venturi, Popoff, Rouillard, Ch. Loiseau, Mlle de Gorsky. — Election de M. Ch. Loiseau comme membre honoraire. — Rapport de M. Paul Garnier sur la candidature de M. Legrain : élection. — Du délire ambitieux, chez les alcooliques et de sa signification au point de vue du pronostic : M. Lagrange. — Rapport de M. Ritti sur la candidature de M. Lagrange : élection. — Un cas d'urticaire graphique : MM. Lwoff, Charpentier, Christian, Chambard. — Classification des maladies mentales : MM. Paul Garnier, Marandon de Montyel, Christian, Charpentier, Briand 431

RÉUNION ANNUELLE DES MÉDECINS ALIÉNISTES SUISSES.

(Compte rendu par M. le Dr Ladame.)

Session tenue à Bâle les 17 *et* 18 *juin* 1888. — Nouvel asile de Bâle. — Hypnotisme : M. Forel. — Folie à quatre : MM. Forel, Wille, Burkhardt, Ladame, Jœrger. — La psychiatrie dans les examens médicaux fédéraux : MM. Challand, Wille, Muller, Burckhardt, Forel. — La sphygmographie dans l'aliénation mentale : M. Burchkardt. — Préparations microscopiques du cerveau : M. Greppin. — Félix Plater : M. Wille 258

II. — Revue des journaux de médecine.

SOCIÉTÉS SAVANTES (1886-1887).

Surmenage intellectuel et sédentarité dans les écoles. . . 297 et 301
Sur l'alcoolisme. 298
Céphalométrie à l'aide de nouveaux appareils céphalographiques. 300
Traitement de la morphinomanie 305
Traitement des maux de tête par l'antipyrine. 306
Sollicitation expérimentale des phénomènes émotifs chez les sujets en état d'hypnotisme. 307

©BIUM

JOURNAUX ITALIENS (1885).

(Anal. par M. le Dr MARANDON DE MONTYEL.)

Pages.

Identité de l'épilepsie, de la folie morale et de la criminalité de naissance 308
Epilepsie larvée et folie morale 309
Tatouage chez les aliénés 309
Contribution à l'étude de la microcéphalie 309
Pensées sur la criminalité en Italie 310
Nouveaux problèmes de responsabilité pénale 310
Parricide commis par un imbécile 310
Sitiophobie paradoxale 310
Du tribadisme dans les asiles d'aliénés 311
Les procès Pel et Zerbini, et la nouvelle école criminaliste . . . 311
Imprévoyance des meurtriers 312
Un filou 312
Les épilepsies 312
Notes anthropologiques sur les crânes et encéphales de femmes criminelles en Italie 313

JOURNAUX AMÉRICAINS (1883).

(Anal. par M. le Dr ALBERT CARRIER.)

Lecture de la pensée par la perception des mouvements musculaires 140
Des droits des aliénés 141
Influence de l'âme sur l'esprit et le corps 142
Progrès de la psychiatrie et de la neurologie 142
Importance de la reconnaissance de la folie dans la pratique de la médecine 143
Folie à deux au point de vue médico-légal 143
Simulation de la folie par les fous 144
Rapports entre la syphilis et la paralysie générale 144
De la folie latente 146
De la folie réciproque 146
Cas de folie due à l'usage de la quinine 147
Traumatisme dans ses rapports avec la folie 147
Menus soins à donner aux aliénés 147
Des othématomes 148

JOURNAUX ALLEMANDS (1886).

(Anal. par M. le Dr AL. ADAM).

Emploi d'un électrode normal pour déterminer le degré d'excitabilité galvanique 467
Cas d'ophtalmoplégie progressive 467

©BIUM

Pages.

Anatomie de la glande pinéale. 468
Réflexe massétérin. 468
Phénomène du genou. 469
Effets de la paraldéhyde. 469
Cas de la maladie de Thomsen. 470
Trajet des fibres dans la commissure postérieure du cerveau. . . 470
Effets de l'uréthane 470
Dégénérescence totale d'un pedoncule cérébral 471
Cas de tuberculose du pont de Varole. 472
Influence de l'écorce cérébrale sur la pression sanguine et l'activité cardiaque 473
Perception unilatérale des excitations bilatérales dans les cas de foyers des hémisphères cérébraux. 473
Anomalie céphalométrique dans un cas de cécité congénitale d'origine corticale. 474
Electrode de diffusion 474
Symptômes rares du début de la paralysie générale. 475
Innervation des mouvements mimiques. 475
Forme congénitale de paramyotonie observée dans une famille à travers six générations. 476

III. — Bibliographie.

Traité clinique des maladies mentales; par le Dr H. Schüle, médecin de l'asile d'Illenau. Traduit par les Drs J. Dagonet et Duhamel. (Anal. par M. le Dr J. Christian).. 150
Sensation et mouvement. Études expérimentales de psychomécanique; par le Dr Ch. Féré, médecin de Bicêtre. (Anal. par M. le Dr Ant. Ritti) 151
Inebriism. A pathological and psychological study; par le Dr Wright (Anal. par M. le Dr Marandon de Montyel). 154
Notice historique sur l'électrothérapie à son origine. L'électricité médicale à Genève au XVIIIe siècle; par le Dr P. Ladame, privat-docent à l'université de Genève (Anal. par M. le Dr Ant. Ritti). . 156
La raison dans la folie. Etude pratique et médico-légale sur la persistance partielle de la raison chez les aliénés et sur leurs actes raisonnables; par M. le Dr V. Parant (Anal. par M. le Dr A. Giraud). 314
Articles *Epilepsie*, *Hémianesthésie*, *Hémichorée* et *Hémiopie* du dictionnaire de Dechambre; par M. le Dr Burlureaux (Anal. par M. le Dr Camuset). 317
Les frontières de la folie; par M. le Dr A. Cullerre (Anal. par M. le Dr Taguet). 320
Recherches sur l'étiologie de la paralysie générale chez l'homme par M. le Dr J. Christian (Anal. par M. le Dr L. Camuset. . . . 478
Bulletin bibliographique. . . . . 158, 322 et 480
Association mutuelle des médecins aliénistes de France : Assemblée générale du 30 avril 1868. 161

©BIUM

IV. — Variétés.

Pages.

Nominations et promotions : MM. Mordret, Pierret, Lallemant, H. Dagonet, Paul Dubuisson, Jules Dagonet. — Nécrologie : J. Fournet. — La revision de la loi de 1838 à la Chambre des députés. — Concours pour le clinicat des maladies mentales. — Procès en violation du secret professionnel. Condamnation d'un médecin aliéniste (*suite*). — Une vision authentique. — Faits divers. . 170

Nominations et promotions : MM. Rouillard, René Semelaigne, Barroux, Caillau, Bayle, Salvayre. — Le suicide en France pendant l'année 1886. — Procès en violation du secret professionnel. Condamnation d'un médecin aliéniste (*suite*). — La lutte contre l'alcoolisme en Allemagne. — La vision de Charles XI. — Suicide d'un persécuté. 325

Nominations et promotions : MM. Donnet, Maret, Cullerre, Langlois, Germain Cortyl, Boubila, Lemoine, Guyot, Bonnet, Vallon, Dubuisson. — Nécrologie : Dr Théodore Challand, Mme Vve Billod. — Organisation du concours pour les places de médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés. — Congrès international d'anthropologie criminelle. — Quarante-deuxième congrès de l'Association des médecins et directeurs des asiles d'aliénés aux Etats-Unis. — Projet d'un congrès de médecine légale aux Etats-Unis. — Faits divers. — Enseignement : M. B. Ball . . 482

Table des matières du septième volume de la VIIe série. 491

Paris.—Imprimerie G. Rougier et Cie, rue Cassette, 1.