Bibliothèque numérique

medic@

Annales médico-psychologiques

n° 09. - Paris: Masson, 1889.
Cote : 90152, 1889, n° 09

BIUM

(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?90152x1889x09

©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 NEUVIÈME

QUARANTE-SEPTIÈME ANNÉE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
BIBLIOTHÈQUE
90152

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, boulevard Saint-Germain, 120

—

1889

©BIUM

©BIUM

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

Pathologie.

DE L'ANTAGONISME DES IDÉES DÉLIRANTES CHEZ LES ALIÉNÉS

L'ATTAQUE ET LA DÉFENSE. — LE BIEN ET LE MAL LE DÉDOUBLEMENT DE LA PERSONNALITÉ

Par le Dr J. SÉGLAS,
Médecin suppléant de la Salpêtrière,
et P. BEZANÇON,
Interne des hôpitaux.

I

Lorsqu'on examine des aliénés, on est souvent frappé de ce fait que certains d'entre eux présentent des idées de caractère différent et même en opposition directe l'une avec l'autre. Et cela en dehors des cas où le délire, reposant sur un fond d'affaiblissement mental quelconque, se présente comme contradictoire, mais même dans ceux où il est parfaitement systématisé. On a affaire alors à une espèce d'antagonisme des idées délirantes.

Nous n'avons pas l'intention d'élucider dans ce tra-

©BIUM

vail les faits de contraste psychique où l'idée pathologique est en opposition avec les autres idées du sujet (comme dans des cas d'idées fixes par exemple), ni ces autres faits dans lesquels l'aliéné dans son délire se présente sous un jour absolument différent de ce qu'il était avant sa maladie. Nous nous bornerons simplement à étudier les cas où, dans le cours d'un délire, se développent à côté des idées habituelles un autre groupe d'idées en opposition directe avec les premières.

Il y a surtout deux catégories de malades chez lesquelles on peut constater cet antagonisme des idées délirantes : ce sont les persécutés et les mélancoliques. Mais par suite même des différences profondes qui existent entre ces deux groupes pathologiques, la couleur des idées varie. Chez le persécuté qu'on attaque, l'idée de persécuteurs acharnés à sa poursuite aura pour antagoniste l'idée de défenseurs qui le protègent. Le mélancolique, au contraire, qui n'est pas attaqué, n'aura pas besoin d'être défendu ; il est perdu et condamné d'avance. Mais dans quelques cas de mélancolie, notamment de teinte mystique, les séries d'idées, à mesure qu'elles arrivent, s'accompagnent d'une contradiction intérieure qui s'attache involontairement à elles, et c'est alors que nous verrons s'établir la lutte du bien contre le mal, du bon principe contre le mauvais. Ces deux sortes de faits sont d'ailleurs très différents les uns des autres et il importe de les étudier séparément.

Nous nous occuperons d'abord des idées antagonistes que l'on rencontre chez les persécutés, de l'*attaque* et de la *défense*, pour employer l'expression même d'une de nos malades.

©BIUM

II

Parler de la défense chez l'aliéné semble au premier abord se borner à étudier les réactions auxquelles il s'abandonne, sous l'influence de son délire, pour se mettre en garde contre ses ennemis ou même pour prendre l'offensive à un moment donné, et aussi ces cas dans lesquels le malade attache à certaines habitudes, certaines paroles, certaines précautions, une idée de défense contre ses ennemis. Mais ces faits sont déjà bien connus. Notre but dans ce travail est surtout d'attirer l'attention sur la présence chez certains malades, à côté d'idées de persécution, d'idées de défense : conceptions délirantes qui apparaissent et se développent d'une certaine façon et peuvent imprimer au délire un aspect particulier. Quand l'aliéné se défend, il devient actif; dans ces cas, au contraire, il reste passif, subissant la défense comme il subit l'attaque.

Toute défense implique nécessairement une attaque antérieure. Aussi ne serons-nous pas étonnés de voir que les idées de défense n'apparaissent pas de suite chez les persécutés, mais prennent seulement naissance au bout d'un temps plus ou moins long, alors que les persécutions d'abord vagues se sont accentuées et que le malade, surpris au début, commence à rassembler ses idées, à systématiser son délire. Aussi ne les trouvera-t-on que rarement chez les malades qui ne présentent que des idées de persécution passagères.

Voyons maintenant quel est leur mode d'apparition et sous quel aspect elles se présentent. Une fois constituée, l'idée de défense consiste en ce que le malade qui se dit soumis à l'influence nuisible d'ennemis acharnés à sa poursuite, ajoute qu'il est d'autres personnes qui prennent son parti et le défendent contre ses persécu-

©BIUM

teurs. Comment et sous quelle forme cette idée arrive-t-elle à s'organiser ? Sans remonter jusqu'aux théologiens, aux auteurs mystiques, aux écrivains qui se sont occupés de la démonomanie au moyen âge, on trouve signalés dans les travaux des médecins aliénistes modernes des exemples d'hallucinations de l'ouïe de caractère opposé. Esquirol (1) en rapporte une observation, Baillarger (2) également, mais sans mettre ce phénomène en relief. Brierre de Boismont (3) en donne aussi deux observations empruntées l'une à Esquirol, l'autre à Bottex (4). Au contraire, Morel (5) y insiste plus longuement, en rapporte deux exemples et l'appelle phénomène de la *double voix*. Les auteurs plus récents n'ont fait que signaler le fait et rappeler les cas de Morel, Marcé (6), Motet (7), Ball (8), Christian (9), Ritti (10), etc. ; Legrand du Saulle (11) en donne de son côté deux nouveaux cas. Notre savant maître, M. J. Falret, a souvent insisté sur ces faits dans ses leçons cliniques et, en attirant notre attention sur cette particularité, nous a donné l'idée première de ce travail.

Comme on le voit, les auteurs n'ont eu en vue que l'antagonisme des hallucinations de l'ouïe, et en somme n'ont simplement fait que signaler le fait sans l'étudier.

Il est certain que dans la majeure partie du temps l'idée de défense a sa source dans l'hallucination, mais

---

(1) Esquirol. *Maladies mentales*, t. I, p. 161.
(2) Baillarger. *Hallucinations*, 1846, p. 281-285.
(3) Brierre de Boismont. *Hallucinations*, 1845, p. 68-105.
(4) Bottex. *Essai sur les hallucinations*, p. 50.
(5) Morel. *Traité des maladies mentales*, p. 360.
(6) Marcé. *Traité des maladies mentales*, p. 233.
(7) Motet. Dict. Jaccoud. Art. *Hallucinations*, p. 170.
(8) Ball. *Leçons sur les maladies mentales*, 1880-83.
(9) Christian. Art. *Hallucinations*, in Dict. Dechambre, p. 84.
(10) Ritti. *Délire des persécutions*, in Dict. Dechambre.
(11) Legrand du Saulle. *Délire des persécutions*, p. 57.

©BIUM

cela n'est pas une règle ; et d'ailleurs, même dans ce premier cas, les choses ne se passent pas toujours de la même façon.

Le cas le plus commun est celui dans lequel les malades, au milieu des voix qui les poursuivent, distinguent à un moment donné une ou des voix qui prennent leur défense, les encouragent et les consolent. Les hallucinations nouvelles ont alors absolument le même caractère que les autres ; le malade entend les bonnes voix par les deux oreilles : souvent leur timbre diffère et suffit pour les distinguer les unes des autres ; leur intensité est parfois inférieure, surtout au début de leur apparition, à celle des mauvaises voix. Elles semblent venir de plus loin ; mais plus tard, et souvent même d'emblée, elles se font entendre côte à côte, paraissant venir du même endroit, de sorte que le malade assiste à une véritable dispute entre les voix antagonistes. Le nombre de ces voix est en général assez restreint, parfois même il n'y en a qu'une. Les mots qu'elles prononcent sont des encouragements assez brefs, des phrases courtes ; mais quand le phénomène s'accentue, il y a, comme nous l'avons dit, une véritable conversation, parfois assez longue, entre les voix bonnes et mauvaises.

Obs. I. — Mme M..., née V..., entrée à la Salpêtrière le 19 avril 1885, à l'âge de cinquante-deux ans (1). Délire des persécutions d'ancienne date : hallucinations de la sensibilité générale et de l'ouïe. Il y a douze ans, à Charenton, elle entendait par les deux oreilles une voix d'homme qui lui disait : « Prends garde, méfie-toi de ces dames. » Elle entend encore quelquefois cette même voix. Pas de dédoublement de la personnalité, pas d'idées de grandeur, affaiblissement intellectuel.

(1) Afin de ne pas encombrer notre travail de détails inutiles, nous ne publierons toutes nos observations que résumées, ne prenant dans chacune d'elles que les faits qui se rapportent à la question qui fait l'objet de notre étude.

©BIUM

Obs. II. — Mme H..., née B..., entrée à la Salpêtrière le 6 décembre 1873 à l'âge de soixante-trois ans.

Délire des persécutions avec idées de grandeur : affaiblissement intellectuel. — Il y a des gens qui mettent le gaz sur le monde, mais heureusement le monde détourne le gaz : « Tous ceux qu'on paye contre moi défendent ma cause. Il y a surtout une personne qui veille sur moi, c'est M. de Saint-Aulaire qui me connaît depuis cinquante ans. — Il gronde les personnes qui mènent mal et dit : « Je ne veux pas qu'on mène mal. »

Obs. III. — Mlle B..., entrée à la Salpêtrière le 25 janvier 1879, à l'âge de quarante-neuf ans.

Délire des persécutions, affaiblissement intellectuel. — Le grand Ferdinand a une mauvaise classe et est contre elle; mais la classe Dieu lui parle et lui dit des mots d'amitié. Toutes ces voix sont entendues des deux oreilles. Elle est triste quand on lui envoie des paroles mortifiantes; elle est contente quand c'est la classe Dieu qui parle.

Obs. IV. — Mlle D..., entrée à la Salpêtrière le 11 juillet 1856, à l'âge de cinquante ans.

Délire de persécution datant (aujourd'hui 1888) d'au moins trente-deux ans ; pas d'idées de grandeur apparentes ; pas de démence. Elle est extrêmement hallucinée. Sa voisine de cellule, les surveillantes, les filles de service, tous ceux qui l'approchent la « douchent », l'électrisent aux pieds, aux mains, à la nuque, lui mettent les doigts de travers. Toutes ces personnes lui parlent, la calomnient, la menacent de la tuer, de la doucher indéfiniment; menacent de tuer sa famille, si elle vient la voir. Heureusement il y a un veilleur, la nuit, sur sa maison, qui lui parle de très loin dans l'oreille droite, l'avertit qu'on va la tuer et lui dit de ne pas avoir peur. Il y a quinze jours, une voix lui a dit : « Nous te dédouchons, » et lui a ainsi ôté la « douche au cœur » qu'elle avait reçue. Ceux qui parlent sont si nombreux qu'elle n'a pu reconnaître si cette voix était la même que celle de la « doucheuse ».

Obs. V. — Mme D..., âgée de soixante-dix ans, entrée à la Salpêtrière le 24 janvier 1888 (1).

Délire des persécutions tardif avec hallucinations de l'ouïe, troubles de la sensibilité générale. A côté des « femmes de per-

(1) Voir J. Séglas, *Les psychoses séniles et tardives, etc.*, leçon recueillie par M. A. Marie, in *Progrès médical*, 1888, n° 43.

©BIUM

sécution, méchantes et ignorantes, qui l'appellent salope, coquine, putain », il y en avait d'autres qui la consolaient, lui disant de ne pas les écouter, de ne pas faire attention. Pas d'idées de grandeur, ni de démence.

Obs. VI. — M^lle F..., femme F..., entrée à la Salpêtrière le 26 septembre 1882, à l'âge de cinquante-deux ans.

Persécutée avec idées de grandeur et affaiblissement intellectuel, a un mauvais écho qui a été transformé en bon avec l'aide de Dieu. Elle les entend tous deux par les deux oreilles. Le mauvais écho la fait souffrir, le bon détruit ses effets et la fait résister, l'empêchant de déraisonner, car les courchignons veulent prendre sa pensée.

Obs. VII. — M^lle H... d'A..., femme S..., entrée à la Salpêtrière le 5 juillet 1877, à l'âge de trente-sept ans.

Délire des persécutions ; idées vagues de grandeur : hallucinations multiples, troubles de la sensibilité générale. Des gens invisibles faisaient des entrées nuitales dans sa maison ; ils se livraient sur elle à des sévices. Des vagabonds lui disaient des insultes par la cheminée ; elle entendait de même et par les deux oreilles causer le maréchal de Mac-Mahon et ses aides de camp qui veillaient sur elle et couchaient dans son salon. — Des gens la violaient et même elle s'en est plainte au commissaire de police qui l'a placée à la Salpêtrière en préservation. — Il y avait d'un autre côté les amoureux bienveillants dont la voix venait de la muraille dans ses deux oreilles, et qui lui demandaient ce qu'elle devenait, comment elle avait passé la nuit. Elle continue à être persécutée : on la goule, on lui suce le sang, on lui arrache les os, etc... Ses plus cruels ennemis sont Giblas Giblotte, une invisible dédoubleuse de face ; puis la demoiselle dite Chien sale, empaleuse, faiseuse de dégâts en gorge, micheuse et frelleuse de face ; le forçat brun épine d'orsalier, c'est-à-dire arracheur d'épine dorsale ; M^me Duchard qui lambeante la chair humaine ; les cories de l'omnibus, le *Journal illustré* qui l'ont farfadée une nuit et lui ont arraché une quantité extraordinaire de petits os montant au nombre de 5,000 ; M^me Dagory qui l'a blessée dans son dessous de front comme elle l'est et abîmée derrière le nez ; il faudra même que le raccommodeur retempier soit très habile pour la réparer..... Toutes ces personnes sont des gens du commun ; elles ont contre elles les femmes de l'aristocratie qui la défendent, mais malheureusement ne sont pas les plus fortes. Aussi est-elle très fatiguée, très affaiblie. On lui fait bien ici

©BIUM

des inoculations reconstituantes, elle en a encore senti une l'autre jour, mais elles ne sont pas assez fortes. Il lui faudrait des inoculations de vin, de sang, de bouillon chaud un demi-litre par membre.

Obs. VIII. — Mme R..., entrée à la Salpêtrière le 26 décembre 1887, à l'âge de soixante-neuf ans.

Délire de persécution; léger affaiblissement intellectuel, pas d'idées de grandeur. Elle est persécutée par les « messieurs qui annoncent »; ils lui disent des sottises : « T'es foutue, vieille garce. » C'est la société du diable. Il y a quatre ans, on lui a donné des poudres de mercure (on le lui a annoncé) qui « ont fait tort à sa santé »; sa belle-fille lui en a donné dans du lait pendant huit jours et cette poudre la rendait faible et la faisait maigrir. Les gens qui annoncent lui ont dit que c'était sa belle-fille qui les lui donnait; sans cela, elle ne l'aurait pas su. On lui mettait aussi de l'*unifa* dans sa boisson. A la suite de cela, les messieurs qui annoncent lui ont dit qu'ils lui avaient donné quelque chose pour la fortifier et, de fait, elle s'est sentie mieux portante et plus vigoureuse.

Obs. IX et X. — Deux de nos malades persécutées, dont l'observation a été déjà publié (1), entendaient également à côté des voix qui les attaquaient, des voix qui les plaignaient ou prenaient leur défense.

Ce n'est pas toujours pour répondre aux voix malfaisantes que se font entendre les voix consolatrices; parfois elles sont comme suscitées par les hallucinations des autres sens dont elles viennent combattre ou neutraliser les effets.

En voici plusieurs exemples :

Obs. XI. — Mlle M..., femme R..., âgée de trente-cinq ans, entrée à la Salpêtrière le 28 mars, morte le 19 avril 1888.

Tuberculose à la dernière période; affaiblissement intellectuel, idées de persécution systématisées avec hallucinations. Elle se plaint continuellement qu' « on la pince, qu'on lui abîme la figure », ne se trouve d'ailleurs aucunement malade

(1) J. Séglas. *Du délire chronique*. Ann. méd.-psych., t. VII, mars 1888. Obs. I et II.

©BIUM

de la poitrine. Accuse le médecin de Sainte-Anne de l'avoir empoisonnée, se plaint de même de tous ceux qui l'entourent à la Salpêtrière où on l'empoisonne tous les jours. Elle dit avoir été défendue par le médecin de la Compagnie d'Orléans qui lui disait : « Prends garde à la soupe. »

Obs. XII. — Mme D..., femme X..., entrée à la Salpêtrière le 20 août 1884, à l'âge de soixante-quatre ans.

Délire des persécutions avec idées de grandeur : hallucinations multiples. A côté des voix qui l'injurient il en est qui la défendent ; elles lui parlent dans les deux oreilles et disent : « Laissez-la tranquille, que cela finisse. » Elles lui ont dit aussi que pour la guérir de ses souffrances (troubles de la sensibilité générale), il lui faut de la moelle de rognon de veau. Ce sont sans doute des médecins qui viennent avec les voix ; mais elle n'a pas confiance en eux parce qu'elle ne les voit pas.

Obs. XIII. — Une malade dont l'un de nous a rapporté l'histoire (1), était atteinte de délire des persécutions avec hallucinations de l'ouïe et troubles de la sensibilité générale. — Elle expliquait ces phénomènes par un traitement électrique que lui faisaient suivre des *messieurs* qui la soignaient et qui la prévenaient en lui parlant de loin.

Jusqu'ici nous avons vu que les hallucinations, quel que fût leur caractère, se faisaient entendre dans les deux oreilles. Il est des cas plus rares, où elles se cantonnent dans une oreille, chacune de leur côté. Legrand du Saulle en cite un exemple. — M. Ball en a donné aussi une observation. M. Magnan a repris plus tard cette étude et donné quatre observations à l'appui (2). L'un de nous en a récemment publié un nouvel exemple (3).

Ces faits sont moins fréquents que les précédents et d'ailleurs ils ne semblent pas avoir toute l'importance qu'on a voulu leur accorder : ils peuvent en effet n'être

(1) J. Séglas. *Du délire chronique.* Ann. méd.-psych., t. VII, mars et mai 1888. Obs. V.

(2) Magnan. *Des hallucinations bilatérales*, etc... Arch. neur. 1883.

(3) J. Séglas. *Un cas de vésanie combinée.* Ann. méd.-psych. janv. 1888.

©BIUM

que transitoires et plus tard le malade peut entendre des deux oreilles les voix bonnes et les mauvaises. C'est ce qui est arrivé à notre malade.

Mais ce n'est pas seulement l'ouïe qui peut se trouver intéressée dans les cas que nous étudions. Les autres sens peuvent entrer en jeu. Si nous en croyons notre observation personnelle, cela arriverait beaucoup plus rarement : pour le sens de la vue, par exemple, cela n'a rien d'étonnant, puisque les malades que nous étudions sont surtout des persécutés chez lesquels l'hallucination de la vue est un phénomène assez rare. Mais il n'en est pas de même pour la sensibilité générale dont l'altération est presque la règle, et cependant les sensations agréables ou préservatrices sont rares chez ces malades.

Mais d'un autre côté on peut rencontrer des cas dans lesquels certaines sensations, malgré leur nature désagréable, sont cependant interprétées par le malade dans un sens favorable ; témoin le fait suivant que nous devons à l'obligeance de M. Cotard.

Obs. XIV. — M. X..., persécuté mégalomane avec hallucinations multiples, entend quelquefois des voix qui lui disent des choses agréables. Il est aussi soumis à des fumigations désagréables (odeurs d'ammoniaque), mais qui cependant, à l'entendre, réagissent sur lui d'une façon favorable.

Quand ces hallucinations de caractère différent existent dans d'autres sens que l'ouïe, ce n'est pas à l'état isolé, mais l'ouïe paraît prise en même temps.

Obs. XV. — M^lle C..., trente-trois ans, entrée à la Salpêtrière le 13 août 1886.

Délire des persécutions, migrations réitérées : hallucinations multiples surtout de l'ouïe : à côté des voix qui la menacent et l'injurient, il y a une étoile qui l'avertit des dangers qu'elle court : elle voit cette étoile, et il en part une voix qui lui conseille de voyager pour échapper à ses ennemis. Pas de dédoublement de la personnalité ; toujours orgueilleuse, mais pas d'idées de grandeur.

©BIUM

Obs. XVI. — M^lle R..., femme G..., entrée à la Salpêtrière le 19 juin 1886, à l'âge de cinquante-cinq ans.

Délire des persécutions, idées de grandeur, affaiblissement intellectuel. C'est surtout une juive qui lui en veut, elle la menaçait, l'injuriait. Les roulettes de la machine magnétique qu'on a tournées sur elle l'ont fait mourir il y a neuf ans ; mais alors le Créateur est apparu à sa vue, l'a ressuscitée et lui a dit : « Souviens-toi. »

Chez certains persécutés, en effet, l'idée de défense peut apparaître à la suite d'une hallucination de la vue, de caractère solennel, et qui vient modifier profondément l'équilibre psychique du malade : dans ces cas, les idées revêtent souvent une teinte mystique. Nous citerons comme exemple le cas de Berbiguier qui commença à éprouver quelques consolations au milieu de ses misères à partir du jour où Jésus-Christ lui apparut (1).

Nous n'avons jamais rencontré de phénomènes analogues du côté du goût, de l'odorat. Une de nos malades sentait bien des bonnes odeurs, mais elles lui étaient aussi désagréables, aussi nuisibles que les mauvaises. C'est ce qui se passe pour les malades hallucinés du sens génital, qui éprouvent des sensations voluptueuses dont ils se plaignent amèrement.

Le toucher peut entrer en jeu dans les cas que nous avons en vue : Bodin (2) en cite un exemple. Il s'agit d'un individu qu'accompagne un esprit familier « lui donnant un signe sensible comme le touchant à l'oreille dextre, s'il faisait quelque chose qui ne fût bonne, et à l'oreille senestre, s'il faisait bien ; et s'il venait quelqu'un pour le tromper ou le surprendre, il sentait soudain le signal à l'oreille dextre ; si c'était quelqu'homme de bien et qui vint pour son bien, il sentait aussi le signal à l'oreille senestre ».

(1) Berbiguier. *Les Farfadets*, Liv. I.
(2) Bodin. *La démonomanie des sorciers*, Liv. I, ch. II.

©BIUM

Dans l'exemple suivant à côté des hallucinations du toucher, il y a des hallucinations auditives de défense :

Obs. XVII. — Mme B..., quarante-neuf ans, entrée à la Salpêtrière le 5 janvier 1887, à l'âge de quarante-huit ans.

Délire de persécution datant de quatorze ans environ. — Hallucinations de l'ouïe : « Va, putain, vache. » Troubles de la sensibilité générale : ses voisins du dessus l'attaquaient continuellement, l'électrisaient, lui envoyaient des poudres dans le dos, dans la gorge, *l'endorment par le chloroforme*, qu'ils envoyaient par des murs creux ; ici c'est la même chose, on la « nitralait » avec du « nitral » glacé, ainsi que sa fille et son mari ; on lui a brûlé la vue, arraché le cœur ; la surveillante lui fait des coupures et des brûlures. On lui fait faire la putain toute la nuit. Mais déjà depuis longtemps des hommes, sans doute commandés par la préfecture, disaient : « C'est indigne. » Sainte-Anne et la préfecture prennent sa défense, lui parlent de loin et lui ont déjà remis sa cervelle enlevée. — Mgr Ismael, la sainte Trinité la protègent ; *elle a senti Mgr Ismael la tirer par l'oreille pour la réveiller du sommeil chloroformique.* Elle est morte plusieurs fois et toujours ses protecteurs l'ont ressuscitée. Elle a d'ailleurs elle-même ressuscité des morts. Elle a reconnu aussi, à certaines pièces à l'effigie de Charles X, qu'elle devait être sa petite-fille.

Jusqu'ici nous avons étudié la genèse des idées de défense à la suite d'hallucinations. Mais nous n'avons encore rencontré que des cas dans lesquels les hallucinations d'attaque et défense, pouvant différer dans des points secondaires, étaient en somme de même nature. D'autres cas peuvent se présenter. On sait que les persécutés hallucinés, lorsqu'ils délirent depuis un certain temps surtout, peuvent présenter au milieu de leurs hallucinations les phénomènes spéciaux que M. Baillarger a désignés du nom d'*hallucinations psychiques* (1). Généralement les hallucinations psychiques sont de même caractère que les autres, c'est-à-dire qu'elles sont

(1) Baillarger. *Loc. cit.*

©BIUM

également pénibles. Mais il peut arriver qu'on trouve des hallucinations consolatrices dans ces deux sortes d'hallucinations. Dans le fait suivant, en effet, où les idées d'attaque et de défense sont tellement développées que cet antagonisme constitue le fond du délire, nous voyons que les idées d'attaque ont toujours eu pour fondement principal des hallucinations auditives, que les idées de défense se sont greffées sur des hallucinations semblables de date postérieure, mais que, plus tard, elles se sont liées aux hallucinations psychiques, l'attaque étant plutôt subordonnée aux hallucinations auditives d'ailleurs très effacées maintenant, quoiqu'il y ait aussi des hallucinations psychiques de caractère offensif.

Obs. XVIII. — M^lle F..., entrée à la Salpêtrière le 1^er mai 1884, à l'âge de quarante-quatre ans.

Hérédité convergente : pas de stigmates de dégénérescence autre que de l'asymétrie cranio-faciale. Idées de persécution systématisées depuis 1883. Troubles de la sensibilité générale ; hallucinations rares de la vue, de l'odorat, du sens génital ; hallucinations prédominantes de l'ouïe (injures, menaces, etc...). Mais à côté de l'*attaque* il y a la *défense*, et comme les idées de persécution, les idées de défense reposent sur des hallucinations. Les hallucinations consolantes, qui se sont montrées quelques mois seulement après les hallucinations désagréables, étaient d'abord auditives comme elles et perçues aussi par les deux oreilles. Plus tard elles devinrent des voix épigastriques, mais qui cependant s'accompagnent d'une sensation auditive, que la malade distingue des hallucinations auditives du début. Ce serait comme une voix basse ; en même temps elles s'accompagnent de phénomènes moteurs très manifestes. « Il y en a, dit-elle, qui viennent parler dans la bouche et qui obligent la langue à remuer ; mais la bouche reste fermée et il ne sort aucun son. Je comprends ce que les voix disent aux mouvements de la langue sans prononcer rien, ni haut, ni bas. » D'autres fois, elle prononce les paroles à voix basse ou même à voix haute. D'un autre côté, quelques-uns de ses interlocuteurs s'expriment par sa bouche, et, lorsqu'elle parle, elle distingue sa voix des autres (celle de Dieu, de son père), dont le timbre, l'intonation

©BIUM

sont différents. Depuis quelque temps les hallucinations auditives pures sont très rares, presque réservées à l'attaque, et quelquefois parlent aussi sous forme de voix épigastriques ou par sa bouche. Mais cela est rare; le plus souvent, au contraire, elles l'empêchent de parler. Depuis longtemps aussi cette malade présente le phénomène de l'écho de la pensée. Aujourd'hui, bien que les idées d'attaque existent toujours très accentuées, c'est la défense qui prédomine cependant; et à tel point que la malade dit qu'elle a triomphé, qu'elle est maîtresse absolue, qu'elle est puissante et qu'elle domine. — Il n'y a pas d'ailleurs d'idées de grandeur de caractère autre. Maintenant qu'elle a triomphé dans la lutte, elle va sortir tôt ou tard et son histoire instruira ses semblables. Ajoutons que depuis quelques mois, les facultés intellectuelles semblent se dissocier et le délire est beaucoup moins cohérent.

En dehors du fait des hallucinations psychiques qui représentent le côté défense chez la malade, nous aurions encore bien des particularités intéressantes à relever dans l'observation précédente; nous aurons l'occasion d'y revenir par la suite.

Il est enfin certains cas où l'origine des idées de défense ne peut être retrouvée. S'il n'y a pas dans ces cas d'hallucinations cachées, on peut, d'un autre côté, leur appliquer le procédé de déduction logique invoqué par Foville pour la genèse des idées de grandeur. Ces cas sont d'ailleurs beaucoup moins nombreux que les précédents. Nous n'en avons pu réunir que trois.

Obs. XXI. — M^mo C..., née G..., entrée à la maison de santé de Saint-Mandé, 4 décembre 1883, à l'âge de quarante-cinq ans.

Délire des persécutions avec idées de grandeur : hallucinations multiples : Elle se dit persécutée par des personnages puissants, mais d'un autre côté elle est protégée par le Sénat et pourra par là se faire rendre justice.

Obs. XX. — M^me M..., femme...., entrée à la Salpêtrière le 26 février 1879, à l'âge de soixante ans.

Persécutée très hallucinée : dit qu'à côté des mauvaises

©BIUM

influences, il y en a d'autres bonnes; mais ne veut pas s'expliquer autrement; elle est d'ailleurs des plus dissimulées.

Obs. XXI. — Mme C..., dont nous avons déjà rapporté l'histoire (1), persécutée avec idées de grandeur, très hallucinée, prétend qu'on la passe au poison; mais comme elle est maintenue par la médecine, on ne s'aperçoit pas qu'elle est empoisonnée.

D'après ce qui précède on peut voir que l'idée de défense n'est pas rare chez les persécutées. En effet, sur 31 malades que nous avons examinées à ce point de vue, et qui ont pu répondre suffisamment à notre interrogatoire, nous l'avons rencontrée plus ou moins développée 24 fois ; et dans 21 cas elle était liée à l'existence d'hallucinations.

Jusqu'ici nous avons seulement étudié la génèse des idées de défense chez les persécutés ; reste à voir maintenant quelle place elles occupent dans le délire, et quelle est leur marche.

Elles n'apparaissent, comme nous l'avons dit, qu'après les idées de persécutions et même, dans la grande majorité des cas, un certain temps après elles. Quelquefois, elles ne se présentent que transitoirement ou bien disparaissent pour réapparaître ensuite, mais en somme sans se systématiser et en restant toujours au second plan. C'est là le cas le plus fréquent, celui que nous avons pu observer dans les observations qui précèdent.

Mais il en est d'autres, peut-être moins nombreux, il est vrai, dans lesquels l'idée de défense se développe et marche parallèlement à l'idée de persécution. Il peut même arriver qu'elle modifie profondément l'aspect du délire en prenant le premier plan. Nous en donnerons comme exemple l'obs. XVIII et l'obs. XIII dans la-

(1) J. Séglas. *Du délire chronique*, loc. cit., obs. VI.

©BIUM

quelle la malade, bien que persécutée, se dit soutenue par des messieurs qui la soignent : cette idée domine le délire et en modifie assez l'aspect pour que la malade prenne gaiement ses malheurs et ne doute pas que le traitement de ces messieurs, qui l'a déjà bien améliorée, ne la guérisse bientôt tout à fait.

III

A côté des aliénés que nous venons d'étudier, il en est une autre catégorie dans laquelle nous rencontrons aussi des idées de caractères directement opposés. Ceux-là sont des mélancoliques. Mais alors tout change d'aspect.

On ne rencontre pas chez eux les idées de défense, et l'un de nous a même rapporté à ce propos l'observation, qui nous paraît caractéristique, d'une malade à la fois atteinte de délire de persécution et d'accès de mélancolie anxieuse pendant lesquels on voyait disparaître les hallucinations de défense qu'on constatait chez elle, lorsque l'accès disparu, on se retrouvait en face du délire des persécutions seul (1). Cependant on peut rencontrer aussi chez quelques mélancoliques la présence d'idées délirantes antagonistes.

A certains égards, cette classe de mélancoliques dont nous voulons parler forme un groupe spécial, caractérisé par des symptômes particuliers, les phénomènes de possession, et formant comme une transition entre les persécutés proprement dits et les véritables mélancoliques. Certains mélancoliques possédés ont des idées de persécution effacées et certains persécutés présentent de leur côté des phénomènes analogues à ceux de la possession, mais moins évidents. La dernière observa-

(1) J. Séglas. *Vésanie combinée*, loc. cit.

©BIUM

tion que nous venons de rapporter en est un exemple ; la malade est bien avant tout persécutée, mais aussi tout en n'étant pas possédée, au sens strict du mot, Dieu parle cependant par sa bouche. L'observation XXIII est un exemple de la combinaison inverse. Quoi qu'il en soit, la distinction pourra cependant être faite par la connaissance de l'ensemble des symptômes et de la marche de la maladie.

C'est surtout dans les délires mélancoliques de teinte mystique avec idées de possession que l'on trouve ce contraste d'idées délirantes de caractères nettement opposés, non pas seulement aux idées saines malades, mais à d'autres idées délirantes. C'est la lutte du bien et du mal, lutte intérieure bien différente dans ses conséquences, comme nous le verrons plus tard, de la lutte extérieure que nous avons constatée chez les persécutés. L'histoire de la démonomanie est pleine d'exemples de ce genre. Mais parmi ces démonomanes il importe de distinguer, comme le fait très justement M. Dagonet (1), plusieurs genres de malades.

« Dans le premier groupe, *démonomanie externe*, les malades ont avec le diable des rapports externes, ce ne sont pas de vrais possédés ; mais ils voient le diable, ils l'entendent, ils le touchent, ils le sentent : seulement ils ne le portent pas dans leur corps. Ce sont des hallucinations et des illusions d'une nature spéciale. » Pour nous, ces démonomanes ne seraient que des persécutés rentrant dans le groupe que nous venons d'étudier. « Le second groupe, *démonomanie interne,* ajoute M. Dagonet, comprend les individus véritablement possédés, ceux qui sont convaincus qu'ils portent le diable dans leur corps, etc... ». Cette espèce de malades seraient surtout des mélancoliques : ce sont eux que nous avons main-

(1) Dagonet. *Traité des mal. ment.*, p. 237.

©BIUM

tenant à considérer ; car ils présentent au plus haut degré cet antagonisme des idées sur lequel nous désirons attirer l'attention.

Dans certains cas les idées ou les actes délirants ont bien tous le même caractère et ne contrastent qu'avec les idées saines du malade. Citons, entre autres exemples, le fait observé par Griesinger (1) chez une de ses malades; « l'anomalie mentale se présente chez elle sous forme de contradiction intérieure contre ses propres pensées et ses déterminations, une opposition immédiate constante contre tout ce qu'elle vient de penser ou de faire. Une « voix intérieure », mais qu'elle n'entend pas dans son oreille, se révolte contre tout ce qu'elle veut (par exemple, déjà contre le simple séjour au lit auquel son état la condamne), en particulier contre toute élévation des sentiments, la prière, etc. ; la voix veut toujours le mal quand la malade veut le bien et lui crie parfois tout à coup, mais sans qu'on puisse l'entendre extérieurement : « Prends un couteau et tue-toi. »

Mais il peut arriver aussi que ces idées antagonistes appartiennent toutes les deux au délire des malades. Un exemple des plus frappants est celui du Père Surin : « Ce n'est pas, écrit-il, un seul démon qui me travaille ; ils sont ordinairement deux et l'un est Léviathan opposé au St-Esprit..... Or, les opérations de ce faux Paraclète sont toutes contraires au véritable et impriment une désolation qu'on ne saurait assez bien représenter (2). »

Voici trois observations du même genre :

Obs. XXII. — M^me^ P..., née Ch..., trente-huit ans, est entrée à la Salpêtrière le 22 décembre 1887.

(1) Griesinger. *Maladies mentales,* trad. franc. de Doumic, 1865, p. 28.
(2) Calmeil. *De la folie,* t. II, p. 62.

©BIUM

Père, buvait à l'occasion ; — mère, un peu nerveuse.

Développement tardif, niveau mental faible. — Il y a dix ans, accès de mélancolie ayant durée deux ans. — L'accès actuel a débuté au cours d'un allaitement durant déjà depuis dix mois. Son enfant eut alors des convulsions qui l'effrayèrent beaucoup. Au début période de tristesse, d'apathie, perte du sommeil ; puis, au bout de quelques jours, hallucinations de l'ouïe, de la vue, troubles de la sensibilité générale, délire mélancolique, interprétations délirantes. — Elle croit avoir fait le malheur de sa famille, elle se reproche des fautes imaginaires ; les gestes qu'elle voit faire signifient qu'elle paiera pour tout le monde. Idées de suicide, parce que la religion a dit : si ton pied est cause de quelque chose de mauvais, il faut l'éloigner. Or elle, qui cause le malheur de l'humanité, doit être supprimée. Plus tard la malade a présenté des hallucinations dites psychiques, qu'elle distingue parfaitement des autres, parce qu'elle ne les entend pas par l'oreille ; « mais ce sont, dit-elle, des mouvements qui se font en moi qui me disent tout cela. » Quand les voix intérieures parlent, on la voit remuer les lèvres et prononcer des mots indistincts qu'elle répète ensuite tout haut. Depuis qu'elle éprouve ces phénomènes, « elle est obligée de parler sa pensée et elle cause seule tout le temps ; auparavant elle pensait sans parler. » Un jour elle a senti quelque chose lui entrer par les sens, comme un air dans la bouche : c'est son enfant (qu'elle croit mort) qui s'est emparé d'elle : pendant quelque temps, son âme était entrée dans la sienne et lui parlait intérieurement. Elle a toujours une voix intérieure qui rappelle des faits passés pour elle ou d'autres personnes, et une autre qui la gronde : c'est celle du bien qu'elle n'a pas fait. « D'ailleurs, ajoute-elle, il y a toujours en moi deux idées qui se contredisent. » Une voix intérieure lui dit de me dire : « Vous avez aimé une femme qui est le diable ; » une autre lui dit qu'elle a mal fait de le dire. — « Je suis Jésus en vous, » lui dit une voix au cœur, et une autre répond à la même place : « Tu es ironique. »...

Obs. XXIII. — M^me^ M..., femme Ch..., quarante-quatre ans, entrée le 10 mai 1888 à la Salpêtrière (communiquée par M. Huet, interne des hôpitaux).

Père nerveux, très émotif, alcoolique, — superstitieux (son père était très nerveux, sa mère buvait). Mère nerveuse, avait des faiblesses. Un frère de la malade, délicat, nerveux, a pissé au lit jusqu'à huit ans, buvait, mort phtisique.

©BIUM

Notre malade a eu des convulsions de l'enfance, a marché à dix-huit mois ; réglée à douze ans ; fièvre typhoïde à seize ans avec délire. — A vingt ans, attaques de nerfs. Intelligence faible, n'apprenait rien à l'école : émotivité, superstition, obsessions, ne peut pas toucher quelque chose sans se laver les mains, peut-être cinquante fois par jour, etc. Accidents hystériques de diverse nature (attaques, paralysie, stigmates, etc...) Plusieurs enfants : une fille, qui avait une hernie congénitale, a eu des convulsions et est morte à sept mois de fièvre cérébrale ; un fils, hernie et fistule congénitale, mort à sept mois d'accidents d'étranglement ; un autre, mort à huit mois de (?).

Le début de l'affection actuelle remonte à deux ans et demi. A cette époque, après avoir lu Allan Kardec et sur la foi d'une voisine, elle se mit à faire tourner les tables. Un peu plus tard, elle entendit les craquements dans les murs, les plafonds, le jour comme la nuit : son mari lui disait que c'était simplement les meubles ; mais elle assure que c'était les esprits. Quelquefois il passait sur son lit comme une masse ; elle a vu un jour à son côté gauche une bête noire, comme un monstre. Cet hiver (octobre 1887) elle a fait les écrits, on lui a dit d'essayer ; elle a pris une plume, du papier et elle a écrit de suite. Avant d'écrire, elle posait une question ; elle sent alors que l'on lui prend la main, elle ressent dedans comme un fluide froid et elle écrit, malgré elle, dit-elle, de la ronde, de la demi-ronde qu'elle ne sait pas, signe la signature de son père, etc... L'écriture changeait à chaque fois. Quand elle écrit elle-même, elle ne sent pas sa main prise et apprécie la différence. Parfois quand elle écrit à ses parents, l'esprit la prend et elle écrit autre chose. En écrivant, l'esprit lui donne la pensée par l'estomac.

La voix épigastrique n'est pas une voix, mais une pensée. Elle l'entend dans l'estomac ; elle prétend ne ressentir rien dans la langue ni les lèvres ; mais, ajoute-t-elle, « c'est comme si c'était moi qui parlais ». Parfois elle sent comme un fluide qui lui passe sous le nez et, après le souffle, « elle a des mouvements dans les lèvres comme un lapin qui broute, et elle sent sa langue remuer tant soit peu. » C'est l'esprit, dit-elle, qui la fait rire, mais elle se pince les lèvres. Quand elle invoque les anges, elle a comme des frôlements d'ailes autour de la figure. Par moments la voix épigastrique résonne aussi à l'oreille : un jour qu'elle allait communier, la voix épigastrique a dit : « grosse saleté, » et elle l'a entendue. « L'esprit la faisait parler aussi malgré elle. » Dans d'autres moments elle ne pouvait pas

©BIUM

parler quand elle entrait au confessionnal. Elle a su qu'elle était possédée parce que, au bout d'un certain temps, elle a reçu comme une boule électrique dans l'estomac. L'esprit lui a dit alors, par l'oreille : « Nous te tenons ; » et maintenant il la tourmente ; il lui ravage l'omoplate et le poumon gauche, lui donne des coups dans le dos ; elle sent des odeurs d'acides qui la font éternuer, elle a des mauvais goûts dans la bouche, des douleurs dans les jambes, les genoux... Elle a eu aussi depuis des hallucinations de la vue : des lumières d'argent, des têtes de mort, le fantôme de son père.

Elle a cru d'abord que l'esprit qui la possède était celui de son frère ; mais elle a reconnu son erreur, quand cet esprit lui a fait écrire de la ronde et de la demi-ronde. C'est un démon, un mauvais esprit, celui d'un homme instruit, ancien professeur de séminaire qui sait sept langues, mais déchu. Cependant, d'un autre côté, il y a aussi en elle l'esprit de son frère qui, comme l'autre, lui parle aussi dans l'estomac. Elle lui a demandé de veiller sur elle. Ajoutons enfin qu'elle a voulu se faire exorciser sans résultat. Aujourd'hui elle croit fermement à la possession de l'esprit, se plaint des souffrances qu'elle endure, de ses fatigues, etc.) et présente en somme un état de dépression assez accentué.

Nous devons à l'obligeance de notre ami, le Dr Baratoux, l'observation suivante :

Obs. XXIV. — Mme X..., âgée de soixante-six ans, israélite, atteinte d'otite moyenne scléreuse, a d'un autre côté des idées de possession et des hallucinations. Elle a en elle, dans sa tête, deux Esprits : un bon qui lui veut du bien, un mauvais qui lui veut du mal ; ils sont placés l'un à droite, l'autre à gauche. Elle entend dans sa tête les voix de ces Esprits qui lui parlent : le bon Esprit lui parle du côté droit, lui donne de bons conseils, l'exhorte au bien, etc... ; sa voix ressemble, comme timbre, à celle de son fils. Le mauvais Esprit lui dit du côté gauche tout le contraire de l'autre, l'engage à mal faire, à détester ses enfants, etc... ; sa voix ressemble à celle de sa fille. La malade se rend bien compte que ce n'est pas quelqu'un qui lui parle à l'oreille et que son fils et sa fille ne sont pour rien dans tout cela. Ces deux Esprits contraires, qui la possèdent, la font agir malgré elle. Quand elle est en la possession du mauvais Esprit, elle pleure, se récrie, résiste ; mais malgré elle,

©BIUM

est toujours forcée d'agir suivant la volonté de l'Esprit. — Pas d'idées de persécution.

IV

Nous voyons donc qu'en somme, l'antagonisme des idées peut se produire dans des cas bien différents les uns des autres, puisqu'on le rencontre aussi bien chez les persécutés que chez certains mélancoliques. Si la couleur de ces idées diffère, cela tient à la nature même des deux espèces de délire. Le persécuté qu'on attaque pense facilement à une défense possible, car il a en somme l'instinct de la conservation très développé ; c'est ainsi que rarement il se suicide. Le mélancolique se regarde toujours comme perdu et lorsqu'il présente cet antagonisme des idées que nous signalons, c'est surtout dans les formes mystiques, où il représente la lutte du bien contre le mal, les hésitations de la conscience morale. Ces différences tiennent aussi à l'origine même des deux espèces de délire, qui nous explique aussi les conséquences différentes des idées antagonistes.

Les délires de persécution systématisés sont des délires primitifs ; ce sont des troubles primitifs de l'idéation, s'appuyant souvent sur des phénomènes sensoriels, mais ne représentant en somme que l'exagération, la traduction délirante des tendances particulières natives de l'individu.

La mélancolie, au contraire, a pour base un trouble du fond émotionnel qui change absolument l'état moral du sujet : et les idées délirantes par suite, lorsqu'elles arrivent en second lieu, se trouvent en contradiction avec le caractère, les idées antérieures du sujet. Il y a déjà un changement du ton de la personnalité, dont le malade se rend souvent compte, ce qui explique le délire à marche divergente de ces malades ; tandis que le

©BIUM

persécuté reste toujours le même lorsqu'il délire, et présente un délire convergent sur lui-même, par suite de l'origine primitive des idées délirantes et des troubles psycho-sensoriels qui les accompagnent.

Aussi le mélancolique ne peut-il avoir l'idée de défense, puisqu'il n'a pas l'idée d'attaque. Au contraire, comme il s'accuse lui-même, que c'est un humble parce qu'il se sent amoindri dans sa personnalité, il a toujours à côté du mal qu'il se reproche le bien qu'il a fait ou qu'il aurait pu faire.

D'un autre côté, les symptômes cliniques qui ne sont pas les mêmes entraînent des conséquences différentes. Chez le persécuté confirmé, le délire s'appuie sur un fonds psycho-sensoriel qui l'alimente sans cesse. Chez le mélancolique, il y a surtout des troubles d'ordre psycho-moteur. Les lésions de la volonté sont presque prédominantes chez eux : aussi sont-ils possédés, tandis que les premiers ne sont que persécutés. « Or, dit justement M. Cotard (1), le délire se greffe moins aisément sur les lésions de la volonté que sur celles de la sensibilité. Cela est évident puisque les sens externes sont la principale origine de la connaissance, la seule, suivant une célèbre école philosophique. Les lésions de la volonté produisent plutôt une altération de la personnalité qu'une altération de la connaissance. Maine de Biran a insisté avec raison sur le rôle important de l'effort volitionnel dans la constitution du moi. Il est évident que la même disposition cérébrale qui nous fait attribuer une origine externe au mouvement centripète des sensations, doit nous faire attribuer une origine interne au mouvement centrifuge des volitions. Cette origine interne, le moi, se modifie et s'altère par les lésions

(1) J. Cotard. *De l'origine psycho-sensorielle ou psycho-motrice du délire*, in *Ann. méd.-psych.*, juillet 1887.

©BIUM

psycho-motrices, comme le milieu se modifie et s'altère sous l'influence des lésions psycho-sensorielles. »

Aussi ne serons-nous pas étonnés que l'antagonisme des idées ait, chez les mélancoliques possédés, des conséquences tout autres que chez les persécutés, entraînant chez eux des lésions, du dédoublement de la personnalité. C'est là un point très délicat et sur lequel il s'agit bien de s'entendre ; car il faut bien distinguer le véritable dédoublement de la personnalité qui se produit chez le mélancolique possédé par deux puissances contraires et déjà même atteint dans sa personnalité, déjà dédoublé, lorsqu'il n'est possédé que par une seule. « L'explication la plus facile, dit Griesinger (1), de ce phénomène psychologique (la possession) se trouve dans les cas qui ne sont pas rares, où les séries d'idées, à mesure qu'elles arrivent, s'accompagnent d'une contradiction intérieure qui s'attache involontairement à elles, et qui a déjà pour résultat d'amener une division, une séparation fatale de la personnalité. Dans les cas très développés où ce cercle d'idées, qui accompagnent constamment la pensée actuelle en lui faisant opposition, arrive à avoir une existence tout à fait indépendante, il met en mouvement de lui-même le mécanisme de la parole, il prend un corps et se traduit par des discours qui n'appartiennent pas au moi (ordinaire) de l'individu. Ce cercle d'idées qui agit librement sur les organes de la parole, l'individu lui-même n'en a pas conscience avant de l'exprimer, ne le perçoit pas ; ces idées viennent d'une région de l'âme qui reste dans l'obscurité pour le moi ; elles sont étrangères à l'individu, c'est un intrus qui exerce une contrainte sur la pensée. Les gens sans éducation voient dans ce cercle d'idées un être étranger. Dans quelques cas, on trouve dans ces dis-

(1) Griesinger. *Maladies mentales*. Trad. Doumic, p. 285.

©BIUM

cours insensés..... une ironie qui se dirige contre les idées qu'antérieurement ces individus respectaient le plus. » Ce dédoublement subjectif des possédés est bien différent du dédoublement apparent, objectif des persécutés à hallucinations dialoguées ou idées de sens contraire. Chez ces derniers, qu'ils n'aient que des ennemis, ou qu'ils aient aussi des défenseurs, tout se passe de la même façon, en dehors d'eux, dans le monde extérieur. Ils assistent, toujours identiques à eux-mêmes, à un combat qui se passe hors d'eux-mêmes, et présentent seulement avec des troubles psycho-sensoriels différents de nouvelles altérations parallèles de la connaissance. S'il y a dédoublement, il porte sur le monde extérieur, mais leur personnalité reste intacte.

Nous ferions cependant une exception pour les cas analogues à celui que nous avons rapporté plus haut (obs. XVIII), où l'idée nouvelle de défense repose surtout sur une hallucination psychique. L'un de nous a exposé dans un précédent mémoire que, dans la plupart des cas d'hallucination psychique, qu'on peut rapprocher de certaines impulsions d'abouliques, il entrait un élément moteur (1) : nous voulons parler ici des halluci-

(1) J. Séglas. *L'hallucination dans ses rapports avec la fonction du langage; les hallucinations psycho-motrices*, in *Progrès médical*, nos 33, 34. 1888.

Dans cet article, basé sur des faits cliniques, j'ai essayé de donner une explication des hallucinations appelées psychiques par M. Baillarger, en me fondant d'un côté sur la théorie qui fait de l'hallucination en général un trouble fonctionnel des centres corticaux; de l'autre sur les attributions des centres de la fonction du langage, considérés isolément ou dans leurs rapports respectifs, cliniquement démontrées par M. Charcot et ses élèves et aussi expérimentalement reconnues. (Voir à ce propos les expériences récentes de M. Ch. Féré. *Sensation et mouvement*, 1887, p. 102.)

Je me suis efforcé de démontrer : 1° Qu'en dehors des hallucinations visuelles et auditives communes, il y a, si l'on considère (avec MM. E. Fournié et Max Simon) les rapports de l'hallucination avec la fonction du langage, des hallucinations verbales visuelles et des hallucinations verbales auditives (voix exté-

©BIUM

nations psychiques vraies, celles où le malade dit entendre des voix intérieures.

Or, dans ces cas seulement, il peut y avoir dédoublement de la personnalité qui reste intacte, au contraire, dans les hallucinations auditives dialoguées, même unilatérales et de sens contraire suivant le côté affecté, et dans l'écho de la pensée, où tout en disant qu'il entend sa pensée formulée, qu'on la lui vole, le malade reconnaît implicitement qu'elle est toujours sienne. Le dédoublement de la personnalité n'est alors qu'apparent, même dans les cas où l'individu que les malades accusent de leur voler leur pensée y répond ; car ce n'est encore là qu'une variété d'hallucinations auditives dialoguées. D'ailleurs il n'y a dans l'écho de la pensée, comme dans les hallucinations auditives, qu'un trouble psycho-sensoriel prédominant sans élément moteur constatable la plus part du temps. Ce fait a déjà été

---

rieures, écho de la pensée). Ces hallucinations sont avant tout psycho-sensorielles en raison des fonctions des centres qu'elles intéressent. 2° Les centres moteurs du langage peuvent être le siège de phénomènes du même genre ; mais il faut faire là une distinction. *A*) Il y a d'abord les impulsions verbales quand il y a en même temps lésion de la volonté, comme chez les malades qui prononcent malgré eux des mots ou des phrases. Ils se rendent compte de cette impulsion ; mais il faut distinguer encore deux cas : *a*) ou bien ils reconnaissent le caractère subjectif du phénomène (onomatomanes impulsifs) ; *b*) ou bien, ils invoquent pour l'expliquer l'intervention d'une puissance étrangère (ils disent, par exemple, que c'est Dieu qui parle par leur bouche). Ces derniers cas se rapprochent beaucoup de la possession.

B) Puis viennent les hallucinations psycho-motrices proprement dites (hallucinations psychiques de Baillarger, voix intérieures, langage de la pensée). On peut les classer en trois groupes : *a*) Les unes sont des hallucinations verbales motrices pures. *b*) Les autres comprennent aussi un élément sensoriel et sont à la fois, dans des proportions diverses, verbales auditives et verbales motrices. *c*) Il y a des cas où ces phénomènes ne sont pas apparents ; mais ils peuvent exister cependant sans que l'état mental particulier du malade permette de les constater, ou restent peut-être à l'état faible de simples représentations mentales auditives ou motrices, associées ou non, sans aller jusqu'à l'hallucination vraie. J. S.

©BIUM

étudié dans le travail dont nous venons de parler et dans lequel l'écho de la pensée a été rapproché des faits d'audition mentale. L'halluciné de l'ouïe est devenu, au bout d'un certain temps, tellement auditif qu'il entend sa pensée formulée nettement à son oreille, et comme il n'a aucune notion de la subjectivité de ce phénomène, il l'explique en accusant ses ennemis de lui voler sa pensée. Mais au fond ce n'est là qu'une variété d'hallucination auditive sous forme de monologue ou de dialogue.

Ce fait de la nature psycho-sensorielle du phénomène de l'écho de la pensée, et l'intégrité de la personnalité qui peut l'accompagner, se trouve bien mis en évidence dans le cas suivant que nous avons pu observer tout récemment.

Obs. XXV. — M. M..., comptable, âgé de trente-huit ans, se présente à la consultation externe de la Salpêtrière, se plaignant de symptômes particuliers qu'il ressent depuis quatre mois. D'abord c'étaient des sifflements dans l'oreille droite; puis insensiblement il a entendu des voix dans les deux oreilles : au début elles étaient confuses, comme une sorte de chuchotement; maintenant elles sont distinctes et il reconnaît le plus souvent le timbre de la voix de son oncle. Quelquefois, dit-il, il s'oublie jusqu'à répondre. Lorsqu'il est indécis, ces voix le conseillent. Maintenant lorsqu'il lit, il entend prononcer ce qu'il lit, comme si quelqu'un lisait à haute voix à côté de lui. Et même lorsqu'il pense, sa pensée est formulée de suite à haute voix à son oreille. Ce phénomène, intermittent d'abord, est aujourd'hui continuel. Il a conscience de la nature subjective de ces phénomènes, dit de lui-même que ce sont des hallucinations ; mais il voudrait se guérir, parce que cela lui semble très fatigant d'entendre toujours parler sa pensée ou ce qu'il fait et que cela le gêne beaucoup dans son métier de comptable. Il ne présente d'ailleurs aucune idée délirante. Pas d'alcoolisme.

Nous nous croyons donc autorisés à dire que ni l'écho de la pensée, ni les hallucinations dialoguées ne pro-

©BIUM

duisent chez le persécuté un véritable dédoublement de la personnalité, qu'amèneraient plutôt les hallucinations psychiques véritables (voix intérieures) qui renferment un élément moteur prédominant. D'ailleurs ces malades présentent certains caractères communs avec les possédés, dont on pourrait les rapprocher. Chez notre malade, par exemple, Dieu, tout en n'étant pas en elle, parle par sa bouche.

D'un autre côté ces hallucinations psychiques de caractère différent, outre qu'elles la dédoublent, changent le ton de la personnalité et peuvent, dans certains cas, à en juger d'après le nôtre, expliquer la couleur de certaines idées. C'est ainsi que notre malade persécutée mégalomane présentait, dans ce dernier ordre d'idées, en première ligne l'idée de puissance et de capacité. Ce fait viendrait à l'appui de l'opinion de M. Cotard, pour lequel ces idées auraient le plus souvent une origine psycho-motrice.

Schuele (1) a signalé l'alternative de la possession complète par le démon, puis par le bon Esprit, comme l'occasion d'idées de grandeur succédant à des idées de persécution et pouvant alterner avec elles.

A certains égards les idées de grandeur en général présentent quelque affinité avec les phénomènes de défense et si elles ne constituent pas une défense, ce sont tout au moins des idées de compensation. Aussi, théoriquement, pourrait-on s'attendre à rencontrer un rapport entre elles et les idées de défense. Sans nier que ce fait soit possible, nous nous bornerons à dire que, sauf le cas cité plus haut de la malade qui avait des hallucinations psychiques de défense prédominantes et présentait des idées de puissance, de triomphe, nous n'avons jamais pu trouver chez nos autres malades un rap-

(1) Schuele. *Traité clinique des maladies mentales*, trad. franç. de MM. J. Dagonet et Duhamel, page 153.

©BIUM

port quelconque d'origine, de causalité entre ces deux idées, de défense et de grandeur. Nous avons seulement constaté qu'en dehors des idées de grandeur, les idées ou hallucinations consolantes pouvaient, chez certains persécutés où elles prédominent, modifier pour un temps plus ou moins long l'aspect de la maladie. La maladie de l'obs. VIII se trouvait plus vigoureuse après ses hallucinations consolantes ; une autre chez laquelle cet ordre d'hallucinations prédominait le plus souvent, prenait son mal en patience et racontait même en riant ses persécutions, sûre de l'appui de ses défenseurs. La malade aux hallucinations psychiques de défense (obs. XVIII) est aussi satisfaite, sûre de sortir, car elle a triomphé, et, chose rare, pour une persécutée, ne demande jamais la date de sa sortie dont elle est sûre. On pourrait trouver, ce nous semble, une explication de ces faits dans les travaux de M. Féré (1), où il montre que toute excitation amène une augmentation de puissance d'autant plus grande que l'excitation est plus agréable.

Ajoutons en terminant qu'au point de vue de la médecine légale, les hallucinations de sens contraire peuvent avoir de l'importance, comme l'ont montré Morel et Legrand du Saulle, en se contrebalançant l'une et l'autre et en empêchant le malade d'obéir aux actes que lui ordonnent les mauvaises voix.

(1) Ch. Féré. *Sensation et mouvement*, 1887.

©BIUM

FOLIE DE LA PUBERTÉ

LEÇONS CLINIQUES

FAITES

Par 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.

DEUXIÈME LEÇON

STUPEUR LYPÉMANIAQUE

SOMMAIRE. — La stupeur lypémaniaque est une forme d'aliénation mentale qui peut exister dans des cas où il n'est possible d'invoquer, comme influence pathogénique, que la seule puberté. — Est-ce à sa nature pubérale que l'aliénation mentale doit la forme qu'elle revêt dans ces cas?

L'observation clinique démontre que la stupeur lypémaniaque qui se développe dans le cours de la puberté, est toujours de nature pubérale.

Etude clinique de la stupeur lypémaniaque d'origine pubérale.

Étiologie. Causes adjuvantes : prédisposition, sexe, onanisme, travail intellectuel, causes morales.

Symptomatologie. Période prodromique; symptômes variables, mais constitués surtout par des troubles de la nutrition générale et des accidents nerveux.

Période de début : Parfois fièvre à caractère ataxo-adynamique; dans l'immense majorité des cas, agitation maniaque, perversions sensorielles, principalement hallucinations de la vue, idées de peur; rarement les idées de peur peuvent être remplacées par d'autres idées. — Troubles de la nutrition, de la circulation et de la sensibilité.

Période d'état : Stupeur; sur cet état de stupeur détonnent brusquement des accès passagers d'agitation. — Ralentissement de la vie physique et psychique. — Troubles somatiques divers. — *Evolution.* — *Pronostic.* — *Diagnostic.*

Dans notre précédente leçon, nous avons divisé, vous vous en souvenez, la folie pubérale en deux grands groupes : la *folie pubérale avec arrêt de développement*

©BIUM

intellectuel et la *folie pubérale simple*, cette dernière revêtant des formes diverses : *stupeur lypémaniaque, manie choréique, manie impulsive* et *manie hystérique*.

Nous devons maintenant étudier chacun de ces groupes et nous commencerons par le second, celui de la folie pubérale simple, dont nous étudierons successivement les différentes formes.

Mais, vous vous en souvenez encore, si, dans notre première leçon, je vous ai démontré d'une manière absolument certaine que la puberté peut donner naissance à l'aliénation mentale, qu'il existe une folie de la puberté, je vous ai simplement affirmé, vous donnant en cela les résultats de mes recherches personnelles, que cette folie revêtait les formes que je vous ai indiquées. Cette affirmation n'est naturellement pas suffisante ; il faut que je la base sur des faits précis, c'est-à-dire qu'il faut, faisant appel à l'observation clinique, que je vous démontre que chacune de ces formes appartient réellement à la puberté. Par suite leur étude devra se composer de deux parties : dans une première partie nous établirons leur nature pubérale, dans une seconde nous les étudierons en elles-mêmes.

Nous consacrerons la leçon d'aujourd'hui à la *stupeur lypémaniaque*.

STUPEUR LYPÉMANIAQUE

Pour vous démontrer que la puberté peut donner naissance à la folie, j'étudiais avec vous dans son étiologie l'aliénation mentale d'une malade, la nommée Pa... ; étudions maintenant, si vous le voulez bien, la modalité revêtue et la marche suivie par la maladie de cette jeune fille.

Quelques jours déjà avant le début de l'aliénation mentale, ses parents avaient remarqué chez P..., des congestions du côté de la face ; lorsque, tout à coup,

©BIUM

sous l'influence de la cause morale que vous connaissez, apparurent de violentes douleurs de tête localisées à la région frontale, de l'insomnie et de l'agitation maniaque, Pa... pleure, rit, refuse de manger et, sept jours après, elle nous est amenée à l'asile.

Là nous constatons, le jour de l'entrée, une agitation et un égarement considérables ; la malade se roule par terre, ne prononce que des paroles incohérentes, mouille sous elle et son attitude révèle des idées de peur et des hallucinations de l'ouïe. Il y a de la fièvre, le thermomètre marque 38°, 5 et les fuliginosités des lèvres, le facies et l'état général révèlent un état ataxo-adynamique.

Mise au lit et examinée avec soin, on ne constate chez Pa... aucune lésion du côté d'aucun organe, le ventre non ballonné est seulement, d'une manière générale, un peu douloureux à la pression.

Relativement calme pendant quelques heures, Pa... est prise à d'autres moments d'une agitation violente; elle se découvre, veut se lever, crie, bat la mesure avec sa main, déchire ses couvertures avec ses dents, met ses doigts dans sa bouche, refuse de manger, crachote et se livre avec frénésie à l'onanisme.

Pendant les jours suivants, le même état psychique se continuant, la fièvre monte encore, comme vous le montre le tracé thermique que je vous présente, subissant à certains jours des rémissions. Puis, à partir du neuvième jour, la température descend jusqu'aux environs de 37°, toutefois elle se maintient encore plus de vingt jours au-dessus de la normale, oscillant entre 37° et 38°.

En même temps que s'abaisse ainsi la température, l'agitation cesse et est remplacée par l'état suivant : Pa..., sans initiative aucune, reste pendant des heures entières complètement immobile, marmottant seule-

©BIUM

ment quelques mots incompréhensibles. Elles ne répond, malgré nos stimulations, à aucune des questions que nous lui posons, et à en juger par le vague de son regard, il semble qu'elle soit comme dans un rêve; les objets extérieurs paraissent cependant l'impressionner, elle est même apeurée.

L'état physique s'est un peu amélioré ; Pa.., qui, pendant la période d'agitation, refusait énergiquement de manger et qu'on était obligé de nourrir à la sonde, mange actuellement plus volontiers. — La face est pâle avec des plaques rougeâtres au niveau des pommettes.

Cet état se continue ainsi pendant deux ou trois semaines; puis, peu à peu, la stupeur augmente encore, le vague du regard se prononce, la physionomie n'exprime plus l'apeurement, l'immobilité devient absolue, les mains et les pieds se refroidissent; la malade laisse tout aller sous elle; pour la faire manger, on est obligé, non seulement de lui mettre les aliments dans la bouche en lui fermant le plus souvent le nez, mais encore de les porter jusqu'au fond de la gorge de manière à provoquer un mouvement réflexe.

La stupeur, vous le voyez, est on ne peut plus complète, seulement ce qu'il y a d'intéressant, c'est qu'au milieu de cet état, et cela, sans cause connue, éclatent subitement des accès de rire, qui durent parfois plusieurs minutes, et qui s'accompagnent souvent d'une agitation passagère pendant laquelle la malade se met à sauter, imitant par son attitude et la pesanteur de ses mouvements la danse de l'ours. Au bout de quelques minutes ces accès d'agitation disparaissent et la stupeur réapparaît profonde.

J'insiste, Messieurs, sur ces accès d'agitation passagers qui détonnent ainsi, quelquefois, souvent plusieurs fois par jour, sur ce fond de stupeur.

©BIUM

Cet état de stupeur profonde se prolonge pendant quatre mois environ ; puis, le regard prend un peu plus d'animation; Pa... semble davantage se préoccuper de ce qui se passe autour d'elle; elle commence à manger seule à la condition qu'on la stimule pour prendre les aliments dans son assiette, pour les porter à sa bouche et pour les avaler. Les accès d'agitation deviennent plus fréquents et pendant leur durée elle répète constamment, en chantant, « *tra la la.* »

Enfin, le huitième mois après l'entrée, la menstruation apparaît pour la première fois et, à partir de ce moment, l'amélioration se prononce rapidement, la stupeur diminue beaucoup, la surexcitation devient plus franchement maniaque, avec quelque chose d'enfantin toutefois; ainsi, Pa... se cache pour faire des niches aux surveillantes, elle taquine les autres malades, etc. — La tenue qui jusque-là avait été très négligée devient meilleure. Enfin l'amélioration s'accentue de plus en plus, l'agitation disparaît et chaque jour pour ainsi dire fait apparaître de nouveaux progrès, jusqu'à ce que la guérison soit complète.

Telles sont la modalité revêtue et l'évolution suivie par la maladie de Pa...

Avant d'aller plus loin, permettez-moi de compléter la description qui précède par la lecture d'une lettre que, sur ma demande, vient d'écrire notre malade pour nous rendre compte de ce qu'elle ressentait pendant sa maladie. Cette lettre, la voici dans toute sa simplicité.

« Au commencement de la maladie, je ne voulais pas « manger ; je ne parlais pas, à peine si je pouvais mar- « cher ; je me sentais bien fatiguée ; je ne pouvais aller « du corps, je souffrais extrêmement, si ce n'est les « bains qui m'ont fait beaucoup de bien et m'ont « complètement soulagée. J'avais comme des visions

©BIUM

« pendant le jour et aussi pendant la nuit ; il me sem-
« blait voir apparaître de grands fantômes qui venaient
« auprès de moi, et qui me parlaient ; ils voulaient me
« faire du mal et me faire mourir étranglée, ou me jeter
« de la croisée en bas, pour se débarrasser de moi. Pen-
« dant quelque temps il me semblait voir des souter-
« rains, où il n'y avait que des tombeaux et des cada-
« vres qui gisaient à terre baignés dans leur sang ; il y
« avait aussi des personnes, comme des jeunes filles qui
« venaient à moi pour me rassurer. Tout cela me cau-
« sait une si grande frayeur que de toute la nuit je n'o-
« sais bouger, ni me remuer, ni changer de place. »

Voilà tout ce dont se souvient Pa... — Il est toute une période de sa maladie qui lui échappe, c'est celle où elle était plongée dans une stupeur complète : à peine si elle a de cette période, comme un vague souvenir. Elle ne peut pas se ressaisir à ce moment-là, tout est obscur dans son esprit, et elle ne se souvient pas davantage des accès d'agitation qui émaillaient sa stupeur.

Si nous résumons brièvement l'observation qui précède, voici ce que nous voyons :

Après une première période caractérisée par de la fièvre, une agitation maniaque incohérente alternant avec des périodes d'affaissement, des hallucinations terrifiantes de la vue et de l'onanisme, la fièvre tombe, l'agitation maniaque disparaît et fait place à un état de stupeur avec persistance des hallucinations et apeurement. Puis, hallucinations et apeurement s'éteignent peu à peu et la stupeur seule persiste, stupeur qui, pendant plusieurs mois, est profonde, émaillée d'accès d'agitation subite et passagère. Enfin, cette stupeur diminue peu à peu et la maladie aboutit à la guérison.

L'expression revêtue par l'aliénation mentale de Pa..., nous est connue ; c'est celle qui caractérise la forme de folie que M. Baillarger a décrite sous le nom

©BIUM

de *mélancolie avec stupeur* et que les Allemands appellent *Catatonie.*

Je préfère lui donner le nom de *stupeur lypémaniaque* pour les raisons suivantes :

D'abord, cette dénomination est plus compréhensible que celle de catatonie ; elle s'explique d'elle-même. Ensuite elle est plus brève que celle de mélancolie avec stupeur. Enfin, elle répond mieux à la réalité des faits. La stupeur tient, en effet, dans cette forme d'aliénation mentale la première place. Certes les hallucinations terrifiantes, l'apeurement, les idées de tristesse jouent un grand rôle, et vous avez entendu Pa... nous dire que c'étaient les hallucinations terrifiantes qu'elle éprouvait qui, dans la période de début, lui faisaient conserver son immobilité. « Tout cela, nous écrit-elle, me causait une si grande frayeur que toute la nuit je n'osais bouger, ni me remuer, ni changer de place. » Mais cependant déjà à ce moment cette malade se sentait fatiguée, engourdie, elle pouvait à peine marcher, bientôt la stupeur devient le symptôme capital et constitue pour ainsi dire toute la période d'état. Bien plus, comme nous le verrons tout à l'heure, les idées de tristesse peuvent manquer et la stupeur seule exister.

Vous le voyez donc, la stupeur est l'élément primordial et mérite par suite dans une dénomination exclusivement symptomatique de tenir le premier rang.

I

Ainsi, dans un cas où l'aliénation mentale était de nature pubérale, cette aliénation a revêtu la forme de la stupeur lypémaniaque.

Y-a-il dans ce cas entre la nature et la forme de la folie une simple coïncidence, ou bien, est-ce à sa nature

©BIUM

que l'aliénation mentale de Pa... doit la forme qu'elle a revêtue?

Telle est la question que je voudrais maintenant chercher à résoudre.

Pour cela il nous faut évidemment grouper les cas de stupeur lypémaniaque qui se sont produits pendant la période pubérale, les étudier au point de vue pathogénique et rechercher s'il n'exite pas un rapport de cause à effet entre la puberté et l'aliénation mentale.

Pour mon compte personnel, j'ai observé sept cas de stupeur lypémaniaque qui se sont développés pendant le cours de la puberté, et, dans tous, l'influence pathogénique de cette dernière s'est affirmée par un ensemble de caractères absolument démonstratifs.

Ce sont, dans la grande majorité des cas, dès avant l'apparition de la folie, des symptômes divers qui sont rattachés par tout le monde à la puberté.

Ce sont chez la jeune fille, des irrégularités dans la menstruation, de la chloro-anémie, des douleurs de tête, des accidents hystériformes, des modifications du caractère, etc.; ce sont, chez le jeune homme, de la fatigue physique, des douleurs de tête, des palpitations, de l'éréthisme cérébral, etc. ; ce sont, chez l'un et l'autre des traces indéniables d'un développement en voie de se faire : poitrine étriquée, système musculaire et osseux, peu développé, etc. — C'est enfin, chez les malades qui ont guéri, cette intime union que vous avez constatée chez Pa... entre le développement physique et la disparition des troubles psychiques.

Chemin faisant, en étudiant la stupeur lypémaniaque, vous retrouverez, dans les observations que je vous rapporterai, les différents symptômes que je viens de vous indiquer et qui traduisent ainsi d'une façon indéniable, ce me semble, l'influence pathogénique de la puberté. De sorte que mes observations personnelles me con-

©BIUM

duisent à admettre que dans les cas où la stupeur lypémaniaque se développe dans le cours de la puberté, il n'y a pas une simple coïncidence entre la forme et la nature de la maladie, mais que toujours cette stupeur est de nature pubérale.

Mais me direz-vous, les faits de stupeur lypémaniaque publiés dans la science viennent-ils confirmer les enseignements de votre observation personnelle?

Malheureusement, Messieurs, jusqu'à présent, la stupeur lypémaniaque, ou, si vous l'aimez mieux, la mélancolie avec stupeur, la catatonie n'a guère été étudiée dans sa pathogénie, et on ne s'est guère occupé, comme d'ailleurs pour la plupart des maladies mentales, que de sa symptomatologie.

Cependant Schüle (1), dans son étude sur la catatonie, dit : « Les individus jeunes sont plus disposés à cette affection que les individus âgés; la *puberté détermine un grand nombre de cas*, etc. »

Et quand on étudie les observations publiées dans la science, on retrouve parfois nettement signalée une puberté difficile.

Ainsi dans une observation de Krafft-Ebing (2), concernant un jeune homme de vingt-deux ans, il est dit : « Le malade a été bien portant jusqu'à l'époque de la puberté. A partir de cette époque, il devient maladif, souffre d'une faiblesse générale et de palpitations, et pour ces motifs est exempté du service militaire. »

Les faits publiés ne viennent donc en rien infirmer les enseignements tirés de nos observations personnelles et nous pouvons dire :

---

(1) Schüle. *Traité clinique des maladies mentales*, 1888, p. 182.

(2) Krafft-Ebing. *Lehrbuch für Psychiatrie. Stuttgard*, 1880, t. III., observ. III, p. 124.

©BIUM

La stupeur lypémaniaque qui se développe dans le cours de la puberté, est de nature pubérale.

Je dis, Messieurs, la stupeur lypémaniaque qui se développe dans le cours de la puberté. Et, en effet, cette forme d'aliénation mentale n'est pas propre à la seule puberté, elle peut se produire sous l'influence de causes toutes différentes.

Ainsi, voyez les femmes qui sont devant vous ; toutes sont atteintes de stupeur lypémaniaque et cependant, depuis longtemps, elles avaient dépassé l'âge de la puberté lorsqu'elles sont devenues aliénées.

Chez cette malade-ci, la stupeur lypémaniaque s'est développée à la suite d'un accouchement ; chez cette autre, ce sont des privations physiques longtemps prolongées, jointes à des causes morales, qui ont entraîné la maladie ; chez cette autre encore, c'est une dénutrition tuberculeuse.

Multiples donc sont les causes qui peuvent donner naissance à la stupeur lypémaniaque et la puberté n'est qu'une de ces causes.

Nous verrons plus tard quelle importance il y a, au point de vue du traitement, à connaître ainsi ces causes diverses de la stupeur lypémaniaque, qui toutes agissent sur la nutrition ; pour le moment je ne fais que vous les signaler.

Mais si la stupeur lypémaniaque n'appartient pas à la seule puberté, celle-ci peut lui donner naissance et par suite l'étude de cette forme d'aliénation mentale s'impose, lorsqu'on étudie la folie de la puberté. D'ailleurs, si la stupeur lypémaniaque de la puberté se confond absolument dans ses grands traits avec la stupeur lypémaniaque envisagée d'une manière générale, elle a cependant quelques symptômes qui lui sont propres. Etudions-la donc, et voyons d'abord l'étiologie.

©BIUM

II

Étiologie. — Ici, il faut distinguer deux ordres de causes, la cause première ou essentielle et les causes adjuvantes, déterminantes ou occasionnelles.

La cause première, essentielle, je viens de vous le démontrer, est la *puberté*. Trois fois sur les sept cas que j'ai observés, c'est la seule cause prédisposante qui ait existé ; dans les quatre autres cas, son action était favorisée par une *prédisposition héréditaire*.

Chez Cla..., une tante maternelle est depuis longues années en traitement à l'asile, et du côté paternel, on constate un rhumatisme réellement familial.

Ch... a eu son père aliéné. Chez Mour... on retrouve un accès passager de délire survenu chez la mère à la suite d'un accouchement. — Une sœur de Ga... a eu un accès d'aliénation mentale.

Le *sexe* joue aussi, d'après mon observation personnelle, un grand rôle dans la réalisation de la maladie. Sur les sept cas que j'ai observés, six fois j'ai eu affaire à des femmes; une seule fois à un homme, et encore cet homme, ainsi que vous pouvez vous en rendre compte vous-mêmes, a plutôt l'aspect d'une femme que d'un individu du sexe masculin. Schüle d'ailleurs dit aussi que la catatonie atteint plus souvent le sexe féminin que le sexe masculin.

D'autres causes peuvent aussi agir — ainsi l'*onanisme* qui se retrouve surtout chez l'homme, ainsi encore les excès de *travail intellectuel*.

Parfois, la stupeur lypémaniaque peut éclater brusquement sans *cause occasionnelle*, mais c'est là un mode de début rare; le plus souvent elle apparaît à la suite d'une *cause morale*, souvent de la plus grande banalité. Chez Mour... la maladie a éclaté à la suite d'un vol dont sa mère est la victime ; Mour... accompagnait sa mère au

©BIUM

marché, lorsqu'un voleur soustrait à celle-ci son porte-monnaie, l'émotion que la jeune fille ressent alors suffit pour amener immédatement la folie. Chez Pa..., vous vous en souvenez, c'est aussi à la suite d'une cause morale légère qu'éclata le délire.

III

Symptomatologie. — Ceci dit sur l'étiologie, étudions la *symptomatologie* et voyons d'abord en quoi consiste la période prodromique.

Période prodromique. — Parfois cette période prodomique semble manquer ; la maladie débute brusquement; ainsi chez Pa... — Les parents de cette malade, interrogés à ce sujet, n'avaient rien remarqué d'anormal chez leur fille avant l'éclosion de l'aliénation mentale; deux ou trois jours seulement auparavant, ils avaient été frappés de son émotivité et des faciles raptus sanguins qui se produisaient chez elle du côté de la face. Cependant lorsque, après la guérison, nous avons interrogé la malade, elle nous a répondu que depuis quelque temps elle se sentait moins d'entrain qu'autrefois et que ses menstrues étaient douloureuses et pâles.

Et, en effet, il est de règle que l'éclosion de la maladie soit précédée, pendant un temps plus ou moins long, par des symptômes sur lesquels il est nécessaire que j'attire votre attention. Ces symptômes ont une réelle importance au point de vue du diagnostic pathogénique, en ce sens qu'ils traduisent une puberté difficile.

Chez une de nos malades réglée irrégulièrement s'étaient produits, trois ou quatre mois avant le début de la maladie, une anémie notable, des caprices dans l'alimentation et des variations dans le caractère.

Depuis trois semaines on constatait chez une autre malade réglée, elle aussi, très irrégulièrement, une chloro-

©BIUM

anémie, de violentes douleurs de tête et une sensation de boule hystérique.

Chez une troisième dont les règles étaient depuis longtemps pénibles, douloureuses et d'une durée anormale, se manifestaient à chaque époque menstruelle des accidents hystériformes : sensation d'étranglement, *pica malacia*, douleurs rhumatoïdes ; à ces symptômes s'était ajouté, dans les derniers temps, un éréthisme cérébral marqué ; elle s'emportait facilement et lançait contre l'un et contre l'autre des accusations injustifiées.

La malade que vous avez devant vous, présentait depuis deux mois une insomnie à peu près absolue lorsque sa maladie éclata. Cette jeune fille, qui est entrée à l'asile à l'âge de vingt ans, avait depuis l'âge de seize ans des règles difficiles; plusieurs jours avant la menstruation, elle avait de violentes douleurs avec vomissements et palpitations qui disparaissaient lorsque l'écoulement sanguin était établi.

Bref, vous le voyez, la période prodromique de la stupeur lypémaniaque est marquée au coin de ce mélange d'accidents nerveux et généraux qui, chez la jeune fille, caractérisent la chloro-anémie, laquelle à cet âge se rattache, vous le savez, à la difficulté de la crise pubérale.

Chez l'homme on retrouve aussi des symptômes prodromiques de même ordre, mais qui se caractérisent, comme chez le malade que vous avez devant vous, par de la fatigue physique, des palpitations et un éréthisme cérébral.

Dans certains cas la période prodromique revêt des caractères à détermination psychique plus précis. Ainsi une malade qui a quitté l'asile il y a cinq ans et chez laquelle, depuis lors, entre parenthèse, la guérison se maintient, offrait depuis un an environ des alternatives

©BIUM

d'excitation et de dépression. Chez une autre, depuis dix-huit mois à deux ans, on constatait des anomalies graves du caractère ; cette jeune fille, qui était domestique, ne pouvait rester que quelques jours dans une même place ; immédiatement elle s'imaginait qu'on en voulait à son honneur ; de plus elle aimait à vagabonder de côté et d'autre.

C'est sur ce terrain ainsi préparé que débute la maladie.

(*A suivre.*)

©BIUM

Thérapeutique.

DU SULFONAL

ET DE LA

VALEUR DE SON EMPLOI COMME HYPNOTIQUE

CHEZ LES ALIÉNÉS

Par le Dr Samuel GARNIER
Directeur médecin de l'asile de la Charité (Nièvre).

Le corps désigné plus tard sous le nom de sulfonal (1) fut produit, sur la fin de 1886, par le professeur Baumann (de Fribourg en B.) et dénommé par lui « diacthyl sulfon diméthyl méthan ». Sa formule brute $C^7 H^{16} S^2 O^4$ peut s'écrire $(C H^3)^2 C = (S O^2 C^2 H^5)^2$, ou $\begin{matrix} CH^3 \\ CH \end{matrix} \!\!>\!\! C \!\!<\!\! \begin{matrix} So^2C^2H^5 \\ So^2CH^3 \end{matrix}$ pour faire ressortir la tétratomicité du carbone. Il fait partie d'une série extrêmement variée de composés organiques sulfurés appelés *Disulfones*, et chez lesquels, la substitution d'un radical alcoolique à un autre, donne naissance à des composés nouveaux essentiellement différents, mais dont la formule contient toujours So^2. Pour l'étude des modifications produites dans l'organisme animal par ces composés et

(1) La désignation de sulfonal est assez heureuse, car elle indique à la fois la connexité du corps avec les sulfones, et ses rapports avec les acétals, auxquels on est déjà redevable d'un hypnotique, le méthylal.

©BIUM

d'autres découverts par lui et ses élèves, Baumann associa à ses recherches physiologiques le professeur Kast ; et c'est à leur collaboration qu'est due la découverte toute fortuite des propriétés somnifères du sulfonal, propriétés qui ne paraissent pas appartenir aux autres disulfones connus. Comme je l'ai déjà dit dans une note antérieure (*Progrès médical* du 13 octobre 1888), le médicament qui nous occupe a été tiré d'Allemagne, de la fabrique Friederic Bayer et C^ie^ d'Elberfeld, pour servir à notre expérimentation clinique et voici son mode de préparation industrielle.

On mélange ensemble des quantités données (1) d'acétone méthylique et de sulfhydrate d'éthyl (mercaptan) et on ajoute de l'acide chlorhydrique. Le tout est chauffé pendant plusieurs heures ; le produit obtenu (2) est alors oxydé à l'aide du permanganate de potasse en solution acide aqueuse à 5 0/0 que l'on introduit, tant qu'il se manifeste une décoloration du permanganate. Dès que la décoloration ne se fait plus, l'oxydation est terminée, on porte de nouveau à l'ébullition, puis on filtre et on évapore.

Le sulfonal cristallise en petites tablettes prismatiques d'inégales grandeurs, blanches et inodores. Il est soluble dans dix-huit à vingt parties d'eau bouillante, mais à mesure que la solution se refroidit, on voit le sulfonal qui se précipite et déjà à la température de 50 degrés, il faut cent parties d'eau pour obtenir d'en dissoudre une du médicament.

Voici, d'après Kast, quelques détails sur cette solubilité : à la température du sang, il faut 450 parties d'eau pour dissoudre 1 partie de sulfonal. En présence d'une

(1) Une partie d'acétone et deux de sulfhydrate.

(2) $CH^3 > C < S\,C^2H^5$ / $CH^3 > C < S\,C^2H^5$ dithioaethyl-diméthyl méthan.

©BIUM

solution de chlorure de sodium à 2 0/0 et à 40°, le sulfonal se dissout dans la proportion de 1 pour 250.

Avec une solution à 2 0/0 d'acide chlorhydrique à la même température, sa proportion de solubilité n'est plus que de 1 pour 276.

Si dans 100 cc. de suc gastrique artificiel on introduit 5 gr. de sulfonal à la température du sang, la dissolution ne devient complète qu'au bout de deux heures. La même solution, neutralisée avec le carbonate de soude et abandonnée pendant plusieurs heures, ne présente aucune parcelle de sulfonal précipitée.

Enfin, la présence de peptones et de matières albuminoïdes dans une solution saturée de sulfonal, maintient pendant longtemps cette saturation.

Toutes choses égales d'ailleurs, la proportion de solubilité du sulfonal paraît un peu augmentée dans l'alcool, le chloroforme, de même que dans l'éther alcoolisé. Les acides et les bases sont sans action sur lui, soit à chaud, soit à froid. Son point de fusion doit être entre 130° et 131° centigr., et le professeur Baumann fait remarquer qu'un produit qui ne présenterait qu'un déplacement insignifiant de ce point, pourrait être parfaitement inefficace; il entre en ébullition à 300° (1).

Le docteur Kast affirme, provisoirement, que le sulfonal s'élimine, pour la plus grande partie, dans les urines sous forme d'une autre combinaison sulfurée. C'est peut-être à ce mode d'élimination qu'est due la diurèse qui fut produite chez nos malades, dans plusieurs des cas observés. La réaction caractéristique du sulfonal est encore inconnue (2).

---

(1) Voir l'article Sulfonal, par Langaard et Rabow. *Therapeutische Monatshefte,* mai 1888.

(2) Vulpius (*Apothekerzeitung*, 1888, n° 25), d'après Kast, dit avoir trouvé la réaction suivante : fusion du sulfonal avec le cyanure de K et détermination de sulfocyanure formé.

©BIUM

Son mode d'administration doit se faire en nature à cause de son insolubilité ; on doit alors le pulvériser finement et le prescrire en cachets ou mieux en suspension dans un liquide, son insipidité est alors presque absolue ; mais dans une solution très chaude il possède un peu d'amertume qu'il est bon de signaler.

Bien que Kast recommande de faire prendre le sulfonal après les repas, pour éviter (1), dit-il, une accumulation qui peut produire des effets tardifs et inattendus, je l'ai donné au commencement du repas du soir, la plupart du temps, mélangé aux aliments ; il a été exceptionnel, en effet, de pouvoir le donner isolément, à des aliénés toujours défiants et soupçonneux. Il m'a semblé obtenir, en général, un sommeil moins rapide que les expérimentateurs allemands ; mais quand la dose massive atteignait 4 ou 5 gr., des effets de somnolence se poursuivaient encore dans la matinée ; ce qui doit faire penser que l'absorption du médicament se fait assez lentement. C'est cette lenteur soupçonnée *a priori* qui m'a déterminé à mettre, dans la plus grande partie des expériences, un intervalle d'un jour entre les doses. Je ne crois pas, pour ma part, que l'accumulation de substance non dissoute soit évitée en donnant le sulfonal après les repas, c'est-à-dire au moment où une certaine quantité libre de peptones et d'acide chlorhydrique paraît devoir favoriser son absorption ; du reste, Kast lui-même paraît être revenu sur cette première opinion, dans son deuxième mémoire (*Therapeutische Monatshefte*, juillet 1888), et, en faisant allusion aux effets tardifs du médicament, il pense que la cause primordiale de cette lenteur d'absorption tient au sulfonal lui-même, en raison de sa propriété physique (solubilité

(1) Séance du 9 juin 1888 de la réunion des médecins et neurologistes du sud-ouest de l'Allemagne. (*Semaine médicale* du 13 juin.)

©BIUM

difficile dans l'eau) et de sa propriété chimique (difficulté d'entamer sa molécule), et il finit par conclure que le mieux est de le prendre avec le souper.

Action sur la digestion. — Cramer de Fribourg, à la communication duquel nous renvoyons (1), conclut de ses recherches faites pour déterminer l'influence de différents remèdes hypnotiques sur la digestion stomacale, que le sulfonal ne l'entrave d'aucune manière, tandis qu'avec le chloral, la paraldéhyde et l'hydrate d'amylène, elle se fait deux ou trois fois plus lentement. La digestion pancréatique serait également très ralentie, d'après lui, par le chloral et la paraldéhyde, un peu moins par l'hydrate d'amylène, pas du tout par le sulfonal. Quoi qu'il en soit du bien fondé de ces conclusions, relatives, somme toute, à des digestions artificielles, le sulfonal ne nous a pas paru amener, dans l'immense majorité des cas observés, de troubles digestifs marqués. Chez une seule malade, son administration amena constamment des vomissements; on nota, chez une autre, un vomissement douteux quant à son origine; trois autres dont une perdit, en outre, un peu son appétit, eurent des selles diarrhéiques, et deux ou trois peut-être une diurèse insolite. Il est à remarquer que ce fut seulement chez les femmes en expérience qu'on releva, à l'exception du dernier symptôme, ces inconvénients provoqués par le sulfonal, du côté des voies digestives. Rabbas, dans son mémoire déjà cité, avait, lui aussi, signalé qu'une de ses malades avait eu des vomissements et une autre de la diarrhée, mais sans avoir osé rattacher les effets produits au sulfonal; chez nos sujets il y eut manifestement entre eux et ce médicament, rapport de cause à effet.

Action sur le système circulatoire. — Son action sur

(1) Même séance du 9 juin.

©BIUM

le système circulatoire paraît à peu près nulle ; aucun symptôme, ni objectif ni subjectif, dans nos expériences de ce côté. Chez un sujet non aliéné, le tracé sphygmographique ne fut modifié que d'une façon presque négligeable et, chez moi-même, l'accélération du pouls, notée déjà une heure après l'ingestion d'une dose de 3 gr. de sulfonal, pour atteindre son summum trois heures après, cessa totalement au bout de cinq heures, et les pulsations revinrent à peu près à la normale. J'ai déjà dit ailleurs, combien cette innocuité vis-à-vis du cœur était précieuse ; aussi en Allemagne, le sulfonal a-t-il été introduit, même dans les maladies de cet organe (lésions des valvules, artério-sclérose, etc.) pour lutter, avec moins de succès toutefois qu'ailleurs, contre l'insomnie qui les accompagne souvent.

Action sur la respiration. — La respiration ne paraît aucunement influencée, même par des doses de médicament amenant une somnolence, là où le besoin de dormir doit normalement cesser. Aucun de nos malades n'éprouva de modification dans le rythme respiratoire, consécutive à son emploi ; ce qui confirme absolument l'action négative sur la respiration, signalée par les expérimentateurs allemands.

Action sur la locomotion. — Le sulfonal à dose massive un peu élevée ne paraît pas sans influence sur la locomotion ; mais cette action ne fut nette que dans une seule observation et visible que dans une autre. Dans la première, la malade présentait une démarche maladroite et même chancelante, et dans la deuxième, il y avait dans la station, un aspect non équivoque d'ivresse légère. Ce phénomène tenait-il à une influence directe du sulfonal sur les centres moteurs corticaux, ou était-il simplement la conséquence de vertiges, dus à une congestion légère du cerveau tout entier ? Il serait bien difficile de trancher la question avec autorité. J'ai éprouvé moi-

©BIUM

même, après l'absorption de 3 gr., une sensation de vertige fort comparable à celle qui caractérise l'ivresse à son début; vertige qui s'augmentait par l'occlusion volontaire des paupières, et, dans la station debout, contrariait l'équilibre. Aucun de nos malades, à l'exception de celle signalée plus haut, n'a présenté quelque chose d'analogue, et encore, comme elle était incapable d'analyser ses sensations, il fut impossible d'établir si elle eut des vertiges, et à quel moment. Quant au seul phénomène objectif de la démarche chancelante, il se produisit la plupart du temps, douze heures après l'ingestion de la dose de sulfonal (1).

Kast, dans ses expériences sur les animaux supérieurs, les chiens notamment, remarqua, au contraire, très peu de temps après l'administration du sulfonal (une demi-heure à trois quarts d'heure), des troubles de la locomotion dans les membres postérieurs, se rapprochant, dit-il, de l'ataxie et finissant par amener la perte de l'équilibre dans le mouvement en avant, puis la chute, précédant le sommeil profond, et il en conclut à une action comparable au début à celle que produirait, chez les mêmes animaux, l'enlèvement des parties motrices de la substance corticale.

Mode d'action somnifère du sulfonal. — Quel que soit le mécanisme intime par lequel se produit normalement le sommeil, on peut avancer que les conditions physiologiques les plus propices à sa production, résultent de l'administration du sulfonal. Mais comment caractériser son mode d'action? D'après Kast, il n'agit ni à la manière des sels bromiques, dont l'effet sédatif ne suffit pas toujours à obtenir réellement du sommeil,

(1) Il faut remarquer que les malades s'étant couchés peu après la prise du médicament, il n'a guère été possible d'apprécier l'existence de vertiges chez eux; aussi ne peut-on les nier absolument.

©BIUM

ni à la manière des opiacés et du chloral qui provoquent, outre une action stupéfiante sur le système nerveux, un abaissement de la pression sanguine. Il tiendrait le milieu entre ces deux extrêmes, tout en étant indemne d'effets concomitants sur le cœur, particuliers au chloral, comme nous en avons cité un exemple ailleurs.

L'insomnie, à titre de symptôme prédominant ou de complication accidentelle des maladies mentales, a toujours, à cause de sa fréquence, été le point de mire des attaques de l'arsenal thérapeutique somnifère, mis à la disposition du médecin. Cet arsenal s'est enrichi dernièrement de médicaments d'une valeur hypnotique incontestable ; mais souvent cette richesse a été plus apparente que réelle, et plus d'une fois l'absence de sommeil a persisté, en dépit des remèdes les plus vantés ; tant il est vrai qu'il ne peut y avoir d'hypnotique spécifique, pour toutes les formes d'insomnie. Dans le domaine de la médecine mentale, comme dans celui de la médecine ordinaire, il y a des cas rebelles, et le sulfonal, malgré le succès marqué de notre expérimentation, doit être présenté, non comme l'hypnotique universel, dont l'effet est infaillible, mais « comme un soutien, ainsi que l'a déjà dit Kast, du sommeil normal et périodique, et pouvant le provoquer là où il fait défaut ».

Ne m'étant pas préoccupé de rechercher si le sulfonal possède, en dehors de cette action somnifère générale, une action calmante élective sur telle ou telle forme de folie ; en d'autres termes, si son emploi doit être réservé plutôt aux formes vésaniques de la folie qu'aux autres j'ai négligé cet aspect sans doute intéressant de son administration aux aliénés, dans l'espoir d'y revenir plus tard, et je me suis borné à l'expérimenter comme hypnotique seul, au hasard de la clinique qui ne m a fourni, toutefois, aucune forme de paralysie générale. Mes observations ne se trouveront donc pas rangées sui-

©BIUM

vant des types d'aliénation, mais pourraient être plutôt groupées, suivant le mode d'administration du médicament qui a été donné, soit à dose massive croissante à un jour d'intervalle, soit à dose massive croissante quotidienne, soit à dose égale et quotidienne, soit à dose fractionnée quotidienne, soit à doses massives isolées, chez des sujets aliénés et non aliénés.

La dose moyenne prescrite a été de 2 gr. ; celle à laquelle je me suis arrêté a été tantôt de 3, de 4 ou même de 5 gr. ; suivant les cas, ces doses ont amené une action somnifère vraiment remarquable. La durée du sommeil pendant la totalité de la nuit, jointe à un certain degré de somnolence dans la matinée qui suivait, a été, pour nous, la démonstration que ces doses étaient celles en deçà desquelles on devait se tenir, pour assurer chez le sujet en expérience le succès désiré. Pour arriver à cette dosimétrie maxima, nécessairement variable elle-même, il a fallu de toute nécessité tâtonner ; c'est ce qui explique l'accroissement progressif de la dose dans la plupart des prescriptions ; j'insiste sur ce fait qui pourrait faire croire à une certaine accoutumance pour le médicament, mais une telle conclusion serait tout au moins prématurée. Au surplus, le dosage du sulfonal comme celui de tout médicament, doit, à mon avis, être augmenté ou diminué suivant l'acuité du symptôme que ce médicament doit combattre, de sorte qu'une dose faible peut, à un moment donné, amener un effet aussi favorable, qu'une dose plus forte à un autre moment.

Ceci dit, j'arrive à l'exposé de la partie clinique qui comprend dix-sept observations, dont onze chez les hommes et six chez les femmes. Le total des doses prescrites a été de 69, sans y comprendre 3 doses données à des aliénées chez lesquelles on a dû cesser, pour des raisons étrangères au médicament. Enfin, les observations elles-mêmes ne sont que le relevé des notes jour-

©BIUM

nalières relatives à chaque malade, et, par cela même, difficiles à condenser sans nuire à la clarté des résultats de l'expérimentation ; on nous pardonnera donc de les donner en détail.

Observation I

Sommaire. — Delc... (Philippe), célibataire, quarante et un ans, bijoutier. — Traité depuis 1883, au compte de la Seine. — Etat mental ; idées de grandeur versatiles, a fait les lois avec les députés, se dit aussi roi ; idées de persécution plus précises, on lui travaille la cervelle avec des piles ; incohérence des propos et néologismes ; loquace nuit et jour, facilement agressif ; insomnie habituelle. — Traitement contre l'insomnie, ont échoué : l'hypnone, la paraldéhyde, l'uréthane, le chloral. — Signalé quotidiennement comme ayant fait du bruit la nuit.

3 doses de sulfonal, dont une dose massive isolée, puis 2 autres également massives croissantes jusqu'à 4 gr. 50 cent., à un jour d'intervalle.

12 *septembre*. — Administration de 2 grammes sulfonal dans un plat de riz au repas du soir à 6 h. 1/4. — Couché à 7 h. 1/2, s'endort une heure et demie après, contre son habitude. A dormi toute la nuit, le bruit des malades qui se lèvent l'éveille à 5 heures.

13 *septembre*. — Pas de sulfonal. Très bruyant la plus grande partie de la nuit.

14 *septembre*. — Refus absolu de prendre le plat de riz qui lui était destiné.

15, 16, 17, 18, 19 *septembre*. — L'agitation et l'insomnie ont paru comme à l'ordinaire.

20 *septembre*. — On le décide à reprendre le médicament, dans la première cuillerée de légumes, au repas du soir, 6 h. 1/4, (4 grammes). Passe à l'infirmerie à 7 h. 1/4 pour s'y coucher et pouvoir être observé rigoureusement. Il s'endort au bout de trois quarts d'heure, ne s'éveille pas une seule fois ; on est obligé de le faire lever à 5 heures.

21 *septembre*. — Calme relatif dans la journée, monologues moins fréquents et moins animés. — Pas de sulfonal. — Ce soir, s'endort à 9 heures jusqu'à 2 heures ; insomnie d'une demi-heure, se rendort et on le fait lever comme la veille.

22 *septembre*. — Très bruyant, très loquace pendant la journée. Sulfonal, 4 gr. 50 cent., au repas du soir. Sommeil profond dès 8 h. 1/2, jusqu'à 1 heure du matin, insomnie d'une

©BIUM

heure, mais sans bruit, se rendort à 2 heures et ne s'éveille qu'à 5 heures sur les instances de l'infirmier.

23 *septembre*. — Journée assez calme. Deux heures de monologues, à différentes reprises, dans l'après-midi. — Pas de sulfonal. N'était pas endormi ni à 9 heures, ni à 11 heures, a dormi environ deux heures, s'est levé plusieurs fois sans motif, et a parlé tout haut.

24 *septembre*. — Loquace toute la journée. — Pas de sulfonal. A fait du bruit pendant la première partie de la nuit.

25, 26, 27. — Est revenu à son état habituel.

Résultats.—4 grammes de sulfonal ont amené neuf heures de sommeil ; 4 gr. 50 cent. de sulfonal n'ont produit le lendemain que sept heures et demie de sommeil coupé par une heure d'insomnie, mais sans agitation. Le sommeil s'est produit avec les 3 doses moyennes, deux heures et demie après l'ingestion. L'effet somnifère est néanmoins remarquable, les journées intercalaires ont paru moins bruyantes. A noter l'insuccès des autres hypnotiques.

Observation II

Sommaire. — Bel... (Henri), 40 ans, célibataire, cultivateur. — Folie héréditaire. — Huitième séquestration. — Alternatives de calme et d'agitation, les périodes de calme sont de plus en plus courtes. — Dans celles d'agitation, se montre loquace, désordonné, taquin, agressif, déchireur. — Insomnie, se relève la nuit, erre dans le dortoir. — Traitement employé : bains, hypnone, paraldéhyde, uréthane, injections de pilocarpine, chloral. Sans succès.

3 doses de sulfonal de 1 à 3 grammes, d'abord croissantes, avec un jour d'intervalle, dernière dose isolée.

12 *septembre*. — A 6 heures du soir, en pleine période d'excitation, 1 gramme de sulfonal est administré ; couché à 7 h. 1/4, sommeil à 8 h. 1/2 ; a dormi la plus grande partie de la nuit et ne s'est levé qu'au réveil.

13 *septembre*. — Pas de sulfonal. Agité et tapageur. Cause une grande partie de la nuit.

14 *septembre*. — Sulfonal, 2 grammes, même agitation, n'a cessé de parler, s'est masturbé à deux reprises.

15 *septembre*. — On se proposait de donner le sulfonal quotidiennement, mais il refuse de le prendre.

16, 17, 18, 19, 20 *septembre*. — L'agitation suit son cours ordinaire.

©BIUM

21 *septembre.* — On parvient à lui faire prendre 3 grammes de sulfonal. A 7 h. 1/4, coucher ; s'endort à 8 h. 1/2. A 9 heures, 11 heures et 2 heures, le veilleur constate son profond sommeil. On le secoue un peu pour le faire lever à 5 heures.

22 *septembre.* — Un peu de somnolence. Dans la journée, essaie de se coucher sur les bancs pour dormir. Pas de sulfonal. S'endort de 9 heures à 1 heure. Insomnie jusqu'à 2 heures, mais reste calme. Se rendort pour se réveiller spontanément à 5 heures.

23 *septembre.* — Pas de somnolence. L'ensemble de la journée paraît plus satisfaisant. Semble vouloir entrer dans la période de calme. S'endort de 9 heures à 4 heures.

24 *septembre.* — On a pu le faire travailler toute la journée, il est redevenu docile.

Résultats.— Le sommeil avec 3 grammes, dernière dose de sulfonal, s'est produit deux heures et demie après l'ingestion, les deux autres doses étaient manifestement trop faibles pour influencer un sujet vigoureux en plein état d'agitation. Le chloral employé avait toujours été infidèle. Aucun symptôme n'a paru résulter de l'administration du remède; quant au calme qui a suivi plus tard la dose de 3 grammes, il a tenu sans doute à la décroissance naturelle de l'accès d'agitation maniaque.

Observation III

Sommaire. — Cab... (Cyprien), célibataire, trente-deux ans, cultivateur. — Originaire du Lot. — Traité depuis 1883, au compte de la Seine. — Fonds de faiblesse intellectuelle, n'a cessé de présenter depuis son entrée des idées de persécution avec excitation consécutive. — Aujourd'hui fait des monologues incohérents et paraît s'entretenir avec des êtres imaginaires, se met à rire sans motif, s'occupe volontiers aux travaux des champs, mais quand le temps ne le permet pas, demeure au quartier où il reste couché sur un banc pour sommeiller. — La nuit il est très bruyant, cause seul et trouble le repos des voisins. — Soumis, sans pouvoir vaincre son insomnie et sa turbulence nocturne, à l'action de l'hypnone, de la paraldéhyde, de l'uréthane, du chloral.

2 doses massives égales de sulfonal à un jour d'intervalle (2 grammes).

11 *septembre.* — Au repas du soir, vers 6 heures, on lui sert un plat de riz (en outre de son régime) saupoudré de

©BIUM

2 grammes sulfonal. Couché à 7 h. 1/2, s'endort à 9 heures, jusqu'à cinq heures.

12 *septembre.* — Pas de sulfonal. Couché à la même heure. A bien moins dormi que la nuit précédente, toutefois, les monologues nocturnes ont été moins fréquents.

13 *septembre.* — A 6 h. 1/2, nouvelle dose de 2 grammes de sulfonal. S'endort de 10 heures à 5 heures du matin, la nuit a été entièrement calme.

14 *septembre.* — Refuse absolument de manger le plat de riz contenant les 2 grammes de sulfonal, car on se proposait de donner le médicament chaque jour à la même dose ; il a été impossible de vaincre sa résistance ce jour-là et les jours suivants. Néanmoins les deux doses du sulfonal ont amené un sommeil caractéristique.

Résultats.—La dose maxima amenant un sommeil de toute la nuit n'a pu être atteinte, à cause de l'indocilité du malade ; mais il était très sensible au sulfonal, et l'effet somnifère s'est produit, en moyenne, trois heures et demie après l'administration du médicament. Pas de phénomène concomitant ou consécutif.

Observation IV

Sommaire. — Laf... (Pierre), trente-quatre ans, célibataire, manœuvre. — En traitement depuis 1882. — A l'entrée, des craintes d'empoisonnement ; hallucinations de l'ouïe ; idées ambitieuses, veut se marier avec la fille d'un riche industriel. — Aujourd'hui, affaiblissement intellectuel ; s'entretient principalement la nuit avec des êtres invisibles et ne garde pas le lit. — A été soumis sans succès, à cause de ces derniers symptômes, à l'hypnone, la paraldéhyde, l'uréthane, le chloral.
4 doses de sulfonal massives et croissantes jusqu'à 4 grammes à un jour d'intervalle.

12 *septembre.* — 1 gramme de sulfonal au repas du soir. Couché à 7 h. 1/4, s'endort vers 8 h. 1/2. Sommeil jusqu'à minuit, heure à laquelle il se lève pour aller à la chaise. Se lève le dernier, contrairement à son habitude, au réveil du matin. Pas de monologues nocturnes.

13 *septembre.* — Pas de sulfonal. A beaucoup bavardé, a fait du bruit et s'est levé ; on l'a fait recoucher plusieurs fois.

14 *septembre.* — Sulfonal, 2 grammes. Couché à 7 h. 1/4, s'endort de 8 h. 1/4 à minuit. Insomnie d'une demi-heure. Prononce quelques paroles, se rendort ensuite jusqu'à 4 heures du matin.

©BIUM

15 *septembre*. — Pas de sulfonal. Même heure de coucher, s'endort à 8 h. 1/2. Insomnie de minuit à 2 heures, mais sans bruit, se rendort à nouveau pour s'éveiller vers 4 h. 1/2.

16 *septembre*. — Sulfonal, 3 grammes. S'endort de 8 h. à minuit, cause seul pendant une heure d'insomnie, puis se rendort jusqu'à 5 h.

17 *septembre*. — Pas de Sulfonal. Loquace, s'endort vers 11 h., s'est levé à plusieurs reprises.

18 *septembre*. — Sulfonal 4 grammes. S'endort à 8 h. sans s'éveiller dans la nuit; on l'invite plusieurs fois à se lever à 5 h.

19 *septembre*. — Pas de sulfonal. Nuit encore assez calme quoiqu'il ne se soit endormi que fort tard.

20, 21, 22, 23, 24 *septembre*. — Pas de sulfonal. Est redevenu aussi bruyant, cause seul et se relève plusieurs fois sans motif.

RÉSULTATS. — La durée du sommeil produit chez ce malade avec 4 grammes de sulfonal a été de 9 heures, alors que des doses similaires des médicaments hypnotiques cités n'amenaient aucun succès. L'effet somnifère se produisait en moyenne 2 h. après. Pas de phénomène insolite; les nuits intercalaires n'ont pas été calmes.

OBSERVATION V

SOMMAIRE. — Haul... (Louis-Philippe), trente et un ans, célibataire, sans profession. — Transféré de Gaillon en 1883. — Débilité intellectuelle native s'accompagnant de signes physiques de dégénérescence. — Présente de l'excitation maniaque avec actes agressifs, désordre dans les idées, turbulence marquée, cris nocturnes; puis devient taciturne et déprimé. — Se trouve actuellement dans une période d'excitation.

3 doses de sulfonal, massives et croissantes, avec un jour d'intervalle (maxima 4 gr.).

14 *septembre*. — 2 grammes de sulfonal sont administrés le soir au repas de 6 h.; monte au dortoir à 7 h. 1/4, se met au lit. Sommeil profond et ininterrompu de 9 h. à 4 h. 1/2 du matin; ne se réveillait pas, quand on lui pinçait le bras dans son sommeil.

15 *septembre*. — Pas de sulfonal, couché à la même heure, s'endort à 11 h. seulement jusqu'à 4 h. du matin.

16 *septembre*. — Sulfonal, 3 grammes. Au lit à 7 h. 1/4,

©BIUM

s'endort une heure après jusqu'à minuit, se lève deux fois à partir de cette heure pour aller à la chaise, se rendort ensuite chaque fois. La deuxième partie de la nuit est assez calme, mais le sommeil est plus léger que de 8 h. à minuit.

17 *septembre.* — Agité et turbulent, a frappé des malades du quartier dans le jour. Pas de sulfonal le soir. Insomnie la majeure partie de la nuit, se lève fréquemment et parle à haute voix.

18 *septembre.* — Sulfonal, 4 grammes au repas du soir. Couché à 7 h. 1/4, à 8 h. s'endort sans interruption jusqu'à 5 h. du matin; le sommeil a été profond, car H... a uriné abondamment au lit, ce dont il est confus, car cela ne lui est pas encore arrivé.

19 *septembre.* — Ce malade est resté somnolent, sur un banc de la cour, une partie de la journée. Si on l'oblige à marcher, sa démarche rappelle très légèrement celle d'un homme pris de vin; il n'accuse cependant aucun malaise, sinon un besoin de dormir inaccoutumé; a mangé de bon appétit. Pas de sulfonal le soir ; la nuit a été bonne, n'a pas bougé du lit.

20, 21, 22, 23, 24 *septembre.* — Pas de sulfonal. Se lève toutes les nuits à plusieurs reprises, parle fréquemment seul, crie comme d'habitude et reprend sa physionomie d'auparavant.

Résultats.—Effet somnifère se produisant en moyenne deux heures après la dose, d'une durée de neuf heures avec 4 grammes; somnolence dans la journée qui suivit la dose maxima; diarrhée douteuse comme origine à 3 grammes; diurèse à la dose de 4 grammes, démarche demi-chancelante trente-six heures après l'administration de celle-ci. Pas d'autres symptômes.

Observation VI

Sommaire. — Cu... (Marie-Gaston), employé, marié, quarante-quatre ans. — Manie périodique. — Traité depuis 1871 tant à la Charité qu'à Maréville. — Est dans une période d'agitation maniaque. — Loquace, raisonneur, se déshabille ou s'affuble d'une façon burlesque, fait des grimaces ou des gestes dramatiques. — Insomnie, bouleverse sa literie, chante.

3 doses massives et croissantes jusqu'à 5 grammes avec un jour d'intervalle.

20 *septembre.* — Administration de 3 grammes de sulfonal à 6. h. Isolé dans une cellule à 7 h. 1/4., à 9 h. était debout, son lit en travers de la porte; à 10 h. 1/2, même situation; à minuit, chantait; à 3 h. était habillé et continuait son chant.

©BIUM

21 *septembre.* — Matinée très agitée, bain de 4 heures. Pousse dans l'après-midi des cris perçants, prend des attitudes militaires ; à plusieurs reprises, met un genou à terre en faisant mine de mettre quelqu'un en joue. Le soir à 6 h. 4 grammes de sulfonal, à 8 h. s'endort dans sa cellule, à 9 h. ronflement sonore, à 4 h. sommeil profond ; est levé à 4 h., le lit se trouve en travers de la porte.

22 *septembre.* — Matinée très agitée encore, moins cependant que la veille. Bain de 2 heures. Le soir sulfonal, 5 grammes, s'endort de 9 h. à 4 h. du matin (constatation du veilleur de nuit).

23 *septembre.* — Toujours excité et désordonné. Bain de 2 heures, pas de sulfonal ; s'endort de 10 h. à minuit, le reste de la nuit se passe sans qu'il dorme; mais il a été relativement calme.

24. — L'agitation bruyante et désordonnée est presque tombée ; il reste une grande incohérence dans les idées. Bain de 2 heures ; sommeil de 10 h. à minuit; pas de bruit pendant la deuxième partie de la nuit, mais sans sommeil.

25 *septembre.* — L'incohérence persiste, mais les actes se régularisent et le calme paraît vouloir s'établir. Bain de 2 heures.

26, 27 *septembre.* — Moins loquace; porte encore des plumes à son chapeau; bizarreries. Les nuits sont assez calmes.

28 *septembre.* — Entre franchement dans la période de rémission.

Résultats. — Effet somnifère à partir de 4 grammes, se produisant deux heures et demie après l'ingestion, 7 heures de sommeil avec 5 grammes. Aucun effet concomitant ou consécutif désagréable, pas de calme intercalaire aux doses. Quoique quatre bains aient été prescrits, en même temps que le sulfonal, leur action m'a paru devoir être négligée, au point de vue du sommeil de la nuit.

Observation VII

Sommaire. — Vend... (Julie), quarante-huit ans, lingère, en traitement depuis le 14 avril 1888. — Agitation maniaque succédant à une période de dépression mélancolique de six ans (circulaire ?) — Actuellement, désordre dans les actes et délire des idées. — Crie, chante, danse, déchire ses effets, se roule à terre. — Insomnie.

3 doses dont 2 successives et croissantes, et une avec un jour d'intervalle. — (Maxima 4 grammes).

©BIUM

12 *septembre.* — A 6 h. 1/4 du soir 2 grammes sulfonal. Couchée à 7 h. 1/2, s'endort à 9 h., s'éveille à 10 h. 1/2, parle un peu ; reprise du sommeil, de minuit à 4 h. du matin, heure à laquelle le sommeil cesse définitivement, se met à chanter dans sa cellule.

13 *septembre.* — Aussi agitée à la visite ; camisolée, son verbiage est continuel. Journée sans changement. Sulfonal, 3 grammes à 6 h. 1/4. Couchée à 7 h. 1/4, s'endort de 7 h. 1/2 à 10 heures. Insomnie de trois quarts d'heure, se rendort jusqu'à 5 heures du matin pour s'éveiller spontanément et se met à causer seule.

14 *septembre.* — Paraît moins bruyante à la visite, et la journée présente aussi une légère diminution dans l'agitation. Pas de sulfonal le soir. Ne dormait ni à 9 heures ni à 10 heures, mais ne causait pas. A partir de 11 heures s'est mise à causer à différentes reprises.

15 *septembre.* — Redevenue aussi turbulente et loquace à la visite, ainsi que pendant le reste de la journée. 4 grammes de sulfonal à 6 h. 1/4. Couchée à 7 h. 1/4, dort de 8 heures à 4 heures du matin sans interruption. Se met alors à parler seule, mais moins bruyamment qu'à l'ordinaire.

16 *septembre.* — Désordonnée et loquace de la même façon à la visite. Pas de sulfonal le soir. N'a pas dormi la première partie de la nuit, mais ne s'est pas fait entendre. A partir de minuit, a recommencé son bavardage d'une façon intermittente; se lève une des premières à 5 h. 1/2 ; reprend sa loquacité de tous les jours.

17 *septembre.* — Présente le même désordre des actes. Prescription de 5 grammes de sulfonal. Refuse le médicament à 6 heures. Nuit mauvaise, n'a pas dormi une heure en tout et n'a fait que parler et chanter.

18 *septembre.* — Prescription des 5 grammes de sulfonal de la veille. Au moment de l'administration elle trouve que c'est trop mauvais, qu'on lui donne du poison. L'insomnie est la même que la nuit précédente.

19 *septembre.* — Refuse pour la troisième fois la prescription de sulfonal. Agitation habituelle tant de jour que de nuit. On cède devant l'obstination de cette malade, mais l'expérience paraît néanmoins avoir été assez décisive.

Résultats.— Première nuit, 2 h. 1/4 après la première dose, 4 heures de sommeil ininterrompu. Deuxième nuit : un sommeil

©BIUM

de 3 heures, puis de 6 heures, 1 h. 1/4 après le médicament. Troisième nuit : 8 heures de sommeil, 2 heures moins le 1/4 après le sulfonal. Pas de phénomènes concomitants ou consécutifs résultant de celui-ci. Pas de calme intercalaire.

Observation VIII

Sommaire. — Gerb... (Zélie), célibataire, cinquante-six ans, transférée de l'asile d'Auch, à la Charité. — Traitée depuis 1884. — Manie chronique. — Agitation presque continue avec idées incohérentes et désordre des actes. — Hallucinations de l'ouïe. — Loquacité intarissable de jour et de nuit.
5 doses massives dont 2 égales, puis 3 croissantes jusqu'à 5 grammes (à un jour d'intervalle).

11 *septembre*. — Prend à 6 h. 1/2, 2 grammes de sulfonal. Couchée à 7 heures, elle s'endort à 8 h. 1/2 pour s'éveiller à 9 h. 1/2; reprise du sommeil de 10 heures à 4 h. 1/2, n'a plus dormi ensuite, se lève à 5 h. 1/2 et recommence à parler seule immédiatement.

12 *septembre*. — A la visite du matin, l'agitation est la même et son bavardage aussi incessant. Pas de sulfonal le soir. N'a presque pas dormi et a causé une bonne partie de la nuit.

13 *septembre*. — Matin, même loquacité, même désordre des actes que d'habitude; on prescrit encore 2 grammes de sulfonal qui sont pris à 6 h. 1/4. Sommeil de 7 heures à 8 h. 1/2. Cause un peu pour s'endormir de nouveau de 9 heures à 10 heures. Nouvelle interruption de sommeil d'une 1/2 heure. Reprise du sommeil jusqu'à 1 heure du matin. Nouveau réveil d'un quart d'heure, se rendort enfin jusqu'à 5 h. 1/2 du matin. Se lève alors et recommence ses monologues.

14 *septembre*. — Paraît moins bruyante à la visite. La journée a été relativement tranquille. Pas de sulfonal le soir. Ne dormait pas, ni à 9 heures, ni à 10 heures. Cette malade couche en cellule ; on ne peut être fixé sur la durée du sommeil, l'infirmière ayant négligé de pénétrer dans la cellule, parce que la malade ne faisait aucun bruit contre son habitude. Se lève vers 5 h. 1/2 et se remet à causer avec volubilité.

15 *septembre*. — A la visite du matin, on la retrouve dans son agitation habituelle. Prescription de 3 grammes sulfonal, ils sont administrés à 6 h. 1/4. Dort sans interruption constatée de 8 heures à 2 heures. S'éveille une demi-heure, cause un

©BIUM

peu et s'endort ensuite jusqu'à 5 h. 1/2. Le bruit des autres malades qui se lèvent l'éveille (elle a été replacée dans un petit dortoir pour l'observation); elle se lève, mais on remarque qu'elle parle peu et a des moments de somnolence dans la matinée.

16 *septembre.* — A la visite, elle est assise sur son banc et en état d'assoupissement insolite, dont on l'a tirée en la secouant légèrement; mais, après avoir prononcé quelques mots, elle retombe avec satisfaction dans la même situation. Dans la journée, on note qu'elle parle beaucoup moins, recherche un banc pour s'asseoir et a encore des moments de somnolence. Pas de sulfonal le soir. Insomnie presque complète, bruyante et loquace; elle est debout avant le réveil.

17 *septembre.* — Nous la retrouvons à la visite dans un contraste frappant avec la veille; elle ne tient pas en place, cause avec animation et rit aux éclats. On prescrit 4 grammes sulfonal. Couchée à 7 h. 1/4, elle s'endort de 8 heures à 10 heures. Réveil d'une heure avec parlottage peu bruyant. Reprise du sommeil de 11 heures à 4 heures du matin. Se remet à causer, se lève à 5 h. 1/2. A partir de ce moment, son bavardage est entrecoupé de moments de calme, pendant lesquels elle a tendance à dormir.

18 *septembre.* — A la visite du matin, elle est un peu assoupie, on l'interroge et elle finit par se plaindre de sa purgation (cette malade, ayant eu deux selles, attribue cet effet laxatif au médicament). La journée est, en résumé, moins bruyante, toutefois aucune somnolence. Pas de sulfonal. Le rapport de la nuit constate qu'elle a été agitée et loquace la plus grande partie du temps.

19 *septembre.* — Le matin, à la visite, l'état habituel d'agitation a repris le dessus; on prescrit 5 grammes de sulfonal. A dormi de 7 heures à 4 heures du matin, s'éveille et commence à parler seule, mais s'endort encore à 5 heures. Le bruit des malades qui se lèvent à 6 heures finit par l'éveiller. Elle s'habille alors, mais reste assoupie dans la matinée.

20 *septembre.* — A la visite, nous la trouvons sur son banc, la tête penchée sur la poitrine, elle est encore dans l'assoupissement; on la secoue légèrement, elle lève la tête, se plaint qu'on l'empoisonne (on n'a pu lui cacher le médicament) et retombe ensuite dans l'état décrit qui dure jusqu'à 10 heures. La journée est plus calme, elle a fort peu parlé et a présenté plusieurs moments de somnolence. L'action du sulfonal parais-

©BIUM

sant ressortir assez nette, on ne prescrit plus ce médicament à la malade. Couchée à 7 1/4, ne dormait ni à 9 heures ni à 10 heures. A parlé et même chanté dans la nuit. Les heures de sommeil ne sont plus notées aussi strictement, le médicament étant supprimé ; mais la malade reste néanmoins l'objet d'une attention spéciale les jours qui suivent.

21 *septembre.* — Journée, loquace et bruyante comme d'habitude. Vers 2 heures, somnolence d'une demi-heure environ. Pas de sulfonal. Ne dormait ni à 9 heures ni à 10 heures. Se tient tranquille jusqu'à 1 heure du matin, heure à laquelle elle cause jusqu'à l'heure du lever, 6 heures.

22 *septembre.* — Même agitation à la visite qu'avant l'essai du sulfonal. Sommeil de 9 h. à 11 h., depuis n'a fait que parler haut et chanter jusqu'au réveil.

23 *septembre.* — L'agitation continue, on recommande de remettre en cellule; elle est constamment agitée dans le jour.

24 *septembre.* — Revenue à l'état normal.

Résultats. — A partir de 3 grammes, effet somnifère consécutif de 6 heures; à 5 grammes, 9 heures de sommeil, 3/4 d'heure après l'ingestion. Pas de phénomène désagréable concomitant; effet purgatif à 4 grammes qui ne s'est pas reproduit à une dose de 5 grammes. Plus de calme diurne pendant le traitement; somnolence dans la matinée qui a suivi la dose de 4 grammes, plus accentuée encore dans celle qui a suivi la dose de 5 grammes.

(*A suivre.*)

©BIUM

Revue critique.

THÉRAPEUTIQUE ALIMENTAIRE

APPLIQUÉE AU

TRAITEMENT DES ALIÉNÉS

Par A. LAILLER

Pharmacien de l'asile de Quatre-Mares, près Rouen.

« L'alimentation est l'action de se nourrir (1). » Elle doit répondre aux besoins de l'organisme valide, qu'il soit à l'état de repos, qu'il soit à l'état d'activité physique ou intellectuelle. Elle doit répondre également, dans une mesure plus ou moins grande, aux besoins de l'organisme malade, qu'il soit atteint d'affections d'ordre purement somatique ou purement moral, ou bien encore et simultanément d'ordres somatique et moral. Elle a donc une importance très grande dans les phases diverses de l'aliénation mentale, et la science qui s'applique à traiter les affections qui s'y rattachent ne peut se désintéresser des progrès qui, d'une façon générale, ont trait à l'alimentation.

« La médication analeptique tient, dans la médecine moderne, une place considérable, toute la place (on peut le dire) qu'elle a prise aux produits de l'ancienne thérapeutique. Ce sera, à coup sûr, la caractéristique de notre époque, d'avoir essayé de remettre en sa vraie place l'hygiène thérapeutique, et appliqué à la prévention comme à la cure des grands processus morbides, le régime alimentaire sagement, scientifiquement conçu et ordonné (2). »

(1) *Dictionnaire de médecine*, E. Littré et Ch. Robin.
(2) *Gazette des Hôpitaux* 1887, p. 221. Dr Eusèbe Richardey.

©BIUM

Le regretté Fonssagrives a contribué, jusqu'au moment où la mort l'a surpris et l'a enlevé si rapidement, à établir les bases de la thérapeutique alimentaire. Son livre sur « l'hygiène alimentaire des malades, des convalescents et des valétudinaires ou du régime envisagé comme moyen thérapeutique » est aujourd'hui essentiellement classique.

Tout récemment, M. G. Sée a publié un ouvrage important ayant pour titre : *Du régime alimentaire; traitement hygiénique des malades.*

Dans ses conférences de thérapeutique faites à l'Hôpital Cochin, M. Dujardin-Beaumetz a consacré plusieurs de ses leçons à l'alimentation considérée au point de vue thérapeutique. J'aurai, dans le courant de cette notice, beaucoup à prendre dans l'enseignement de ce distingué thérapeutiste.

Les indications scientifiques fournies en si grand nombre par ces différents travaux montrent que tout ce qui touche à l'alimentation a un grand intérêt médical, et il est évident que les aliénés, comme tous les autres malades, doivent en bénéficier.

Il n'y a pas lieu de s'occuper longuement ici de la nourriture des aliénés valides qui, n'obéissant pas à des idées délirantes, acceptent, comme des gens sains d'esprit, les aliments qui leur sont présentés. Dans nos asiles d'aliénés le *régime commun*, c'est-à-dire celui auquel sont soumis les aliénés placés au compte des départements ou de l'État, répond aux besoins physiologiques.

J'ai plusieurs fois fait l'addition des deux principes, azote et carbone, contenus dans les aliments du régime commun propre aux asiles d'aliénés de la Seine-Inférieure, et j'ai toujours trouvé que la somme de ces deux principes s'élevait, pour chaque jour, sensiblement au-dessus de celle que les physiologistes ont assignée à la ration désignée par eux sous le nom de *ration d'entretien*. Cette ration comprend d'après :

Payen.	265 gr.	de carbone	12 gr.	5	d'azote
Edward Smith . .	267 gr.	—	11 gr.		—
Gasparin.	264 gr.	—	12 gr.	5	—
Armand Gauthier.	230 gr.	—	11 gr.		—

Le régime commun est destiné aux aliénés qui ne

©BIUM

travaillent pas ou qui se livrent à des occupations qui n'exigent aucun effort.

Un supplément d'aliments est distribué aux aliénés travailleurs. Le régime de ceux-ci constitue la *ration de travail*, dans laquelle la proportion d'azote varie entre 20 et 25 grammes. Je ne mentionne pas les sels organiques qui, indépendamment des matières azotées et non azotées, existent dans les aliments, sels qui compensent les déperditions du corps, et qui jouent un rôle considérable dans les phénomènes de la digestion et de l'assimilation. Il va sans dire, également, que les substances alimentaires qui composent le régime sont dans les conditions voulues pour leur assimilation : sans ces conditions il n'y a pas d'aliment à proprement parler. On ne se nourrit pas de ce que l'on mange, mais de ce que l'on digère, et « l'aliment le plus digestif, a dit Trousseau, est celui qui fournit à l'économie la plus grande quantité d'aliments réparateurs en exigeant le moins de travail possible de la part des forces digestives ».

Sans doute, ces rations alimentaires d'entretien et de travail sont au-dessous de celles dont la plupart des aliénés, surtout ceux qui viennent des villes, faisaient usage avant leur entrée à l'asile ; mais, comme l'a fait remarquer avec infiniment de raison M. le Dr Méry-Delabost (1), « l'habitude crée, en fait d'alimentation, des besoins factices. L'homme même, en état de travail, n'a pas besoin d'une nourriture aussi forte que ses habitudes acquises le font généralement supposer. Dans la ration de travail, ce n'est pas tant la proportion des albuminoïdes qui a besoin d'être augmentée que celle des substances ternaires, graisses et hydrocarbonées. »

Avant M. Méry-Delabost, M. le professeur Bouchard avait exprimé la même idée sous une autre forme : « Je ne veux pas, a-t-il dit, que l'on fasse du travail musculaire avec de la viande ; je veux que cette richesse soit économisée, et qu'on ne crée pas aux classes nécessiteuses des besoins factices et coûteux (2). »

---

(1) Dr Méry-Delabost, de Rouen. *L'alimentation des détenus au point de vue hygiénique et pénitentiaire*. Paris, 1885.

(2) Ch. Bouchard. *Maladies par ralentissement de la nutrition.*

©BIUM

Lors de la deuxième session du conseil général de la Seine-Inférieure de 1886, M. le Dr Fauvel, du Havre, dans son rapport fait au nom de la deuxième commission sur les asiles d'aliénés de la Seine-Inférieure, s'est exprimé ainsi : « Nous avons soumis au contrôle de l'hygiène le régime alimentaire des aliénés de Quatre-Mars et de Saint-Yon, et nous nous empressons de dire que, sauf quelques réserves fort peu importantes, il ne mérite que des éloges. »

Cette appréciation émanant d'un médecin distingué, essentiellement compétent, me paraît bonne à signaler, d'autant plus qu'elle intéresse la plus grande partie des asiles d'aliénés de France, les établissements de Quatre-Mares et de Saint-Yon n'ayant pas la prétention de nourrir exceptionnellement bien les aliénés qui leur sont confiés (1).

La ration supplémentaire, ou *ration de travail*, bien que fixée par le règlement, est augmentée quand la nature du travail l'exige, et la viande figure dans cette augmentation. D'une façon générale, on peut dire que la *ration de travail* de nos aliénés travailleurs atteint les chiffres de 25 gr. d'azote et de 309 gr. de carbone fixés par Gasparin. Il est bon de noter ici que les quantités ci-dessus d'azote et de carbone sont établies d'après les données de la science; mais tel aliment, comme les fèves, par exemple, qui contiennent 4,50 p. 100 d'azote, sera moins nourrissant à poids égal, malgré les soins apportés à sa préparation, que la viande qui n'en contient que 3 p. 100, et cela parce que la viande se digère mieux et s'assimile davantage. C'est donc avec intention que j'ai dit que la viande figure dans l'augmentation du régime destiné aux aliénés, qui sont réellement des aliénés *travailleurs*.

Si l'alimentation qui convient aux aliénés valides est du domaine de l'hygiène, celle qui convient aux aliénés qui ne peuvent ou ne veulent pas s'alimenter d'une fa-

(1) Suivant les climats les proportions d'azote et de carbone peuvent varier. Dans le Midi il n'est pas nécessaire d'user d'une aussi grande quantité d'aliments hydro-carbonés que dans le Nord. Liebig a dit qu'il nous faut, à nous qui habitons les régions tempérées, 1/8 de carbone de moins en été qu'en hiver.

©BIUM

çon physiologique est du domaine de la thérapeutique. La thérapeutique alimentaire s'adresse donc principalement aux aliénés qui, par suite de leurs idées délirantes, se nourrissent insuffisamment et à ceux qui refusent toute nourriture.

La médication n'est pas la même dans les deux cas. Aux premiers, il faut s'efforcer de présenter des aliments qui leur plaisent, et qui, sous un petit volume, réunissent les éléments nutritifs nécessaires à leur entretien ; aux seconds, il faut administrer de force des aliments essentiellement nutritifs, mais dont la saveur et l'aspect n'ont à jouer qu'un rôle purement secondaire.

Je vais donc passer en revue les aliments récemment préconisés, rappeler ceux qui ont déjà un long passé, et indiquer comment ils peuvent convenir dans les deux cas, ou dans l'un ou l'autre cas.

Peptones. — On a beaucoup vanté dans ces dernières années les peptones, je leur ai moi-même consacré une note publiée dans les *Annales médico-psychologiques* (1). Depuis cette publication, je me suis non seulement préoccupé de leur emploi, mais je me suis, de plus, beaucoup occupé de leur préparation. Tout en leur accordant la même confiance au point de vue de leur pouvoir alibile, je suis devenu un peu moins fervent dans leur application. Néanmoins, comme je les compte parmi les aliments essentiellement utilisables dans les deux cas précités, je dois consigner les appréciations récemment publiées à leur égard.

On sait que tous les principes albuminoïdes subissent une action spéciale de la part du suc gastrique, qui les transforme d'abord en syntonine, puis en peptone.

A l'estomac ne s'arrête pas le phénomène de la peptonisation, le pancréas le complète, de sorte qu'il y a une peptonisation stomacale des substances albuminoïdes et une peptonisation pancréatique des mêmes substances.

Pour être complet, il faut ajouter qu'il y a des plantes qui peptonisent, comme l'estomac et le pancréas, les

(1) Lailler. *Note sur l'emploi des peptones de viande dans l'alimentation des aliénés sitiophobes.*

©BIUM

substances albuminoïdes. On connaît les remarquables propriétés peptogènes du *Carica papaya*, et nul moins que moi ne peut les mettre en doute.

Dans ses conférences thérapeutiques, M. le Dr Dujardin-Beaumetz dit :

« On a songé à appliquer les peptones à la thérapeutique, et c'est Sanders, l'un des premiers, qui a rendu cette application pratique. Lors d'un congrès international de médecine qui se tint à Amsterdam, j'avais pu constater *de visu* la fabrication commerciale de ces peptones, et lorsque je revins à Paris, je priai Catillon de s'efforcer à son tour de reproduire ces peptones commerciales. Les premières tentatives ne furent pas heureuses; mais depuis vous savez combien les procédés de fabrication se sont perfectionnés et généralisés, et aujourd'hui l'on peut dire que nous produisons des peptones excellentes.

« Les expériences de Haly, Collas de Plotz et celles plus récentes de Catillon, ont montré d'une façon indubitable que ces peptones pouvaient suffire à l'alimentation.

« Pour l'homme, il faut, pour entretenir la nutrition, donner 1 gramme de peptone solide par kilogramme de poids du corps. Bien entendu, dans cette ration, il faut ajouter des éléments hydrocarburés, tels que de la graisse et du pain.

« Ces peptones commerciales ont des propriétés différentes, selon leur mode de fabrication. Les unes sont acides, les autres sont neutres ; les unes sont liquides, les autres sont solides. Leurs réactions même sont différentes, ce qui montre combien est complexe cette question des peptones. En tout cas, quelle que soit la marque commerciale que vous adoptiez, il me paraît important de recommander non pas des peptones liquides, mais des peptones sèches. »

J'ai cru, pendant un certain temps, que les peptones liquides valaient les peptones sèches, et je donnais la préférence aux premières sur les secondes, en raison de leur mode plus facile d'administration.

M'étant livré, dans un but purement scientifique, de concert avec M. Bataille, pharmacien honoraire à Thiberville (Eure), chimiste et praticien des plus distin-

©BIUM

gués, à la confection des peptones (nous avons eu en vue la peptonisation du sang des animaux de boucherie et de basse-cour, et nous cherchons un procédé assez facile pour être mis en pratique dans nos asiles. Nos recherches feront l'objet d'un travail à part), nous avons reconnu que les peptones liquides que nous obtenons ne sont pas, quoique les procédés soient toujours les mêmes, constamment identiques. J'ai constaté en outre, que les différentes peptones de viande livrées au commerce, bien que portant la signature de noms offrant toute garantie, présentaient sous l'influence des réactifs des caractères dissemblables. Aujourd'hui, tout en reconnaissant à certaines peptones liquides une valeur indéniable, je leur préfère, d'accord en cela avec M. le Dr Dujardin-Beaumetz, les peptones sèches, Je rappelle que la solution des peptones n'est pas coagulable par la chaleur ni par les acides, et qu'elle fait virer au violet les liqueurs cupro-potassique et cupro-sodique.

M. le Dr Dujardin-Beaumetz croit que les préparations à base de peptone sont loin de remplir toutes les promesses engageantes qui sont signalées dans les prospectus qui en vantent l'usage. Cela ne fait de doute pour personne ; ce n'est pas sur la foi des prospectus que s'établit la valeur des produits médicamenteux. Les peptones gagneraient beaucoup, selon moi, à être moins vantées.

A propos de l'alimentation par la sonde œsophagienne et par les lavements nutritifs, je reviendrai sur l'emploi des peptones qui, dans ces cas, présente un intérêt tout particulier.

Présentement, je me contente de dire que les peptones s'administrent dans du bouillon gras, dans du vin. J'ai constaté que 1 kilogramme de viande de bœuf, privée de matières grasses et de tendons, fournit, en moyenne, 200 grammes de peptone sèche. Ce chiffre étant connu, il est facile de doser la quantité de peptone que l'on juge utile de prescrire.

Comme adjuvant dans l'alimentation, M. Petit a donné une formule de vin de peptone qui me semble recommandable.

Vin de malaga.....	95 grammes.
Peptone sèche.....	5 grammes.

©BIUM

Faites dissoudre à froid.

Les peptones liquides se donnent naturellement à plus fortes doses que les peptones solides ; ces doses dépendent de la concentration plus ou moins grande du produit liquide.

Viande. — Faire mâcher de la viande aux paralytiques généraux arrivés à une période avancée de leur maladie et aux aliénés atteints à un degré plus ou moins élevé de sitiophobie, c'est demander sinon l'impossible, du moins une chose très difficile. Pour obvier à cette difficulté on a inventé des appareils dits pulpeurs ou pulvérisateurs de viande. Ils ne sont pas, selon moi, suffisamment répandus dans les établissements consacrés aux aliénés ; ils y rendraient de réels services. MM. Colin et Galante en ont construit qui sont d'un maniement très facile, qui sont peu encombrants, et dont les prix ne sont pas élevés.

Bien que la cuisson n'augmente pas la nutribilité des viandes, elle augmente jusqu'à un certain point leur digestibilité, par l'appétence, qu'elle produit chez les personnes qui en font usage. Si l'homme à son origine a dû manger la viande crue, on a les prenves que lorsqu'il connut le feu, il l'appliqua à la cuisson de cet aliment. Mais dans le domaine de la thérapeutique alimentaire la viande crue a des indications nombreuses, et non seulement dans certains cas elle peut remplacer la viande cuite, mais dans d'autres, elle doit lui être substituée. Aussi, en raison du grand usage qui en est fait, a-t-on multiplié ses modes de préparation.

Trousseau appelait *conserves* de *Dames* ou *de Damas*, un mélange de viande crue et de confitures. Laborde a indiqué sous le nom de *potage au tapioca* médicinal, un potage au tapioca léger auquel on associe de la viande crue ; il rappelle à la vue un potage aux tomates. On peut encore associer la viande crue à des œufs bouillis, à des purées de pommes de terre, etc.

J'ai essayé de beaucoup de procédés pour faire accepter par les aliénés la viande crue ; j'ai cherché à leur rendre cet aliment agréable et surtout à leur en dissimuler la nature. La formule suivante remplit complètement le double but que je m'étais proposé. J'en ai fait une expérience de quinze années à l'asile de Quatre-Mares.

©BIUM

Sur mes conseils, des médecins ont prescrit cette préparation à des malades de leur clientèle auxquels il répugnait de prendre de la viande crue, n'importe sous quelle forme, et ils en ont tiré un excellent parti. Je ne peux trop la recommander.

Viande crue râpée.....	100 grammes.
Sucre pulvérisé.....	40 grammes.
Vin de Banyuls.....	20 grammes.
Teinture de cannelle.....	5 grammes.

On incorpore le sucre à la viande crue dans un mortier de marbre, puis on y ajoute le vin et la teinture. On obtient ainsi un mélange qui a l'aspect d'une marmelade ; les malades le prennent par cuillerées et j'en ai vu souvent qui le mangeaient étendu sur du pain. Pour lui donner un nom, je l'ai appelé *marmelade créatinée*.

Afin d'éviter la production du tœnia solium dont on accuse, non sans raison, l'usage de la viande de bœuf crue, je remplace souvent cette viande par celle du mouton, le cysticerque de ce dernier n'étant pas, dit-on, communicable à l'homme. M. le Dr G. Sée, dit qu'en soumettant la viande au feu pendant une minute, cela suffit pour effacer tout danger sans nuire à l'utilité de l'aliment, utilité qu'il proclame hautement.

Poudre de viande. — L'introduction de la poudre de viande dans l'alimentation est due, je crois, à M. le Dr Debove ; je la considère comme une des plus heureuses innovations propre à l'entretien de la vie. J'ai vu dans ma pratique, déjà longue, bien des produits hautement vantés qui semblaient promettre beaucoup et dont il n'est plus guère question : ma conviction est qu'il en sera tout autrement de la viande en poudre.

En 1883, mon confrère M. Yvon, dont je me plais à invoquer le nom, a lu à la Société de thérapeutique, séance du 28 novembre, un important travail sur les poudres de viande. Ses conclusions étaient favorables à cet aliment. Ce que j'ai observé et appris depuis corrobore ses appréciations.

D'abord il est établi que la viande réduite en poudre perd 77 p. 100 d'eau qu'elle retient à l'état normal ; sa

©BIUM

nutribilité est donc comparativement très grande ; d'autre part, l'état moléculaire de cette poudre en rend la peptonisation des plus faciles.

Au Congrès d'hygiène de la Haye, 1880, M. le Dr Poincaré, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, a déposé sur le bureau un mémoire ayant pour titre : « Recherches expérimentales sur la valeur nutritive des poudres de viande. » Signalant avec raison que, dans l'observation purement clinique, il est difficile de juger d'une manière positive de la valeur alimentaire des poudres de viande, M. le Dr Poincaré a cru qu'il était utile d'éclairer, par quelques expériences directes, l'observation purement médicale. Dans ce but il a soumis trois chiens par périodes égales et alternatives, tantôt à l'usage de la soupe ordinaire, tantôt à celui du pain simplement trempé dans l'eau, tantôt au régime exclusif de la poudre de viande, tantôt à un régime mixte de pain et de poudre. Le poids de la consommation a été rigoureusement déterminé chaque jour et pour chaque genre d'aliment. Des pesées fréquentes ont indiqué les variations de poids des animaux. Après avoir relaté avec le plus grand soin les résultats fournis par chacune des expériences, M. le Dr Poincaré formule ainsi les conclusions de son travail :

« 1° La poudre de bifteck possède un pouvoir nutritif supérieur à celui du pain, même accompagné de bouillon, mais inférieur à celui de la viande fraîche.

« 2° Elle ne saurait être regardée comme un aliment réellement doué de propriétés reconstituantes exceptionnelles, et capable de nourrir sous un plus petit volume que la viande fraîche.

« 3° Chez les chiens, en particulier, elle ne saurait rendre inutile l'ingestion des fragments d'os.

« 4° Elle peut même troubler l'appareil digestif à la manière des aliments putréfiés.

« 5° Elle ne doit trouver son application rationnelle que lorsque les ressources naturelles font défaut, ou lorsqu'un état morbide rend difficile leur mise à profit. Ce ne doit jamais être qu'un pis aller. »

Ces conclusions sont très réfutables. Je substitue à une note que j'avais rédigée, lors de leur publication, les

©BIUM

observations suivantes dues à M. Dujardin-Beaumetz (1).

« Que fait Poincaré? Il prend trois chiens, et les soumet par périodes égales et alternatives, tantôt à l'usage de la soupe ordinaire, tantôt à celui du pain simplement trempé dans l'eau, tantôt au régime exclusif de la poudre de viande, tantôt à un régime mixte de pain et de poudre; des pesées successives permettent de constater les résultats obtenus. Ces résultats seraient les suivants : c'est que la poudre de viande, tout en possédant un pouvoir nutritif supérieur à celui du pain même accompagné de bouillon, est inférieur à celui de la viande fraîche. Mais Poincaré a soin de nous dire que les chiens répugnent à l'usage de cette poudre de viande, et que ce n'est que poussés à l'extrême limite de la faim qu'ils en font usage. De telle sorte que s'il eût voulu comparer à poids égal la valeur de la poudre de viande et de la viande crue, il eût dû gaver ses chiens, et il eût reconnu l'avantage incontestable de la poudre de viande, toutes choses égales d'ailleurs, avantage que personne ne nie aujourd'hui. Les résultats que Debove a obtenus, ceux consignés dans les travaux de mon élève Pennel, ceux de Broca et Wins, et ceux que j'ai obtenus moi-même viennent d'ailleurs d'être entièrement confirmés par Peipper à la clinique de Greifswald. »

Le paragraphe 5 des conclusions de M. Poincaré est à rappeler, même en le prenant à la lettre. « La poudre de viande, dit-il, ne doit trouver son application rationnelle que lorsque les ressources naturelles font défaut, ou lorsqu'un état morbide rend difficile leur mise à profit. Cela ne doit jamais être qu'un pis aller. »

Mais, ce pis aller, dont parle M. Poincaré, se présente fréquemment chez les aliénés, et c'est déjà beaucoup de savoir que, d'après ses expériences, la poudre de viande possède un pouvoir nutritif supérieur à celui du pain, même accompagné de bouillon.

Dans les hôpitaux la poudre de viande est maintenant utilisée et très appréciée.

Cette poudre peut être préparée à l'aide de l'appa-

(1) Conférences de thérapeutique faites à l'hôpital Cochin. Quatrième conférence, 1886.

©BIUM

reil Galante ; mais ce mode de préparation n'est pas pratiqué dans les établissements hospitaliers ; mieux vaut avoir recours aux poudres de viande livrées par le commerce, et qui portent le cachet de maisons offrant toutes garanties. On dit que certaines de ces poudres viennent de la viande de cheval. C'est regrettable pour le consommateur ; la viande de cheval sera probablement bien longtemps encore mise en suspicion dans l'esprit public. C'est le résultat d'une erreur sans doute. J'ai essayé de le démontrer dans un mémoire lu à l'Académie des sciences (1871). Quoi qu'il en soit, je sais de source certaine que des maisons de droguerie fabriquent les poudres de viande exclusivement avec la viande de bœuf. Il existe à Rouen une usine où ces poudres sont fabriquées avec les soins désirables. La dessiccation de la viande se fait à une température qui ne dépasse pas 72°. Leur goût n'est point désagréable ; leur conservation est très longue.

La dose à donner chaque jour en une, ou mieux encore en plusieurs fois, varie de 50 grammes à 300 grammes.

Son mode d'administration est subordonné aux exigences des malades. Il faut reconnaître que la poudre de viande n'étant pas soluble, le malade peut éprouver un certain dégoût en prenant un liquide dont une partie reste dans sa bouche. Pour obvier à cet inconvénient, je propose la préparation alimentaire qui suit :

Fécule de pommes de terre...	5 grammes.
Poudre de viande de 50 à.....	100 grammes.
Eau ou bouillon gras de 200 à	400 grammes.
Sel marin et teinture de girofle.	Q. s.

On fait un mélange de la fécule de pommes de terre et de la poudre de viande, on le délaye dans la quantité d'eau ou de bouillon indiquée, on y ajoute le sel et la teinture de girofle, on porte à l'ébullition en agitant continuellement et on obtient un potage semi-liquide qui est d'une administration facile.

M. Dujardin-Beaumetz conseille de donner la poudre de viande dans du chocolat (1), ou encore sous forme

(1) On livre maintenant du chocolat à la viande qui est appelé à rendre des services. J'ai fait préparer dans mon ménage du

©BIUM

de grogs dits à la poudre de viande. On prépare ceux-ci de la façon suivante : dans un bol on verse deux cuillerées à soupe de poudre de viande, on ajoute trois cuillerées à soupe de sirop de punch, puis la quantité d'eau nécessaire pour faire un mélange très liquide.

Du reste, et je le dis une fois pour toutes, l'administration et surtout la préparation des substances alimentaires ne peuvent être l'objet de formules invariables. De même que « *La Cuisinière bourgeoise* » sert bien plutôt à titre d'indication que de manuel, de même les formules que nous, praticiens, conseillons pour l'emploi de ces substances doivent servir de guide plutôt que de préceptes.

Bouillon gras. — Des opinions opposées ont été émises sur la valeur nutritive du bouillon. Si on s'en rapporte à l'analyse que M. Chevreul en a donnée, il y a bien des années, on voit que le bouillon est par lui-même fort peu nourrissant (1), mais Schiff, sans prétendre qu'il soit réellement nourrissant, lui a accordé une importance relativement grande comme substance peptogène ; or, ces substances en activant la sécrétion du suc gastrique rendent de signalés services dans la thérapeutique alimentaire.

Leur fonction a été mise parfaitement en lumière par Herzen de Lausanne, dans un récent travail (1886) ayant pour titre : « *Digestion stomacale.* »

Sur un homme porteur de fistule gastrique il a obtenu les résultats suivants :

Durée de la digestion.	Albumine digérée pour 100 sans peptogènes.	Albumine digérée pour 100 avec peptogènes.
Une heure.....	2.33	12
Deux heures.....	23.66	45
Trois heures.....	51.00	76

Ces résultats sont concluants et, pour ma part, sans

---

chocolat à l'eau et au lait avec un chocolat qui contenait, m'a-t-on affirmé, 33 p. 100 de poudre de viande. L'aliment m'a paru, ainsi qu'à ma famille, très acceptable.

(1) Il faut tenir compte toutefois des sels : chlorhydrate, phosphate et sulfate de potasse et de soude, phosphates de magnésie et de chaux, qui s'y trouvent dans la proportion de 11 grammes 259 p. 1000.

©BIUM

accorder au bouillon gras une valeur nutritive intrinsèque, je ne peux le mettre hors de cause dans l'énumération des substances propres à l'alimentation. Pris au commencement du repas, M. le Dr Proust a dit du bouillon qu'il était « la préface du repas ».

Je ne cite que pour mémoire le *beef tra* dont on fait un grand usage en Angleterre, surtout dans les hôpitaux. Il n'est pas favorablement accueilli en France.

Il en est tout autrement du bouillon dit américain. J'en ai préparé, je l'ai vu employer, et il mérite toute confiance. On l'obtient de la manière suivante : dans une marmite en étain fermant hermétiquement, on place des couches successives de viande coupée par morceaux et de légumes, surtout des carottes. Le vase étant bien fermé, on le plonge dans l'eau bouillante et on l'y laisse pendant six heures. On passe ensuite avec expression et on obtient une espèce de gelée de viande que l'on peut administrer seule par petites tasses, mais que souvent on délaye dans du bouillon ordinaire.

Sang. — M. Dujardin-Beaumetz, dans ses conférences, a rappelé que P. Bert, Regnault, Guerder (1), Le Bon ont desséché le sang, et en ont fait des poudres dont on se sert comme des poudres de viande. En Italie, Demélio de Naples a donné le nom de *Trefusia* à cette poudre de sang desséché et il en aurait obtenu de bons effets, comme aliment et comme médicament. MM. Deschiens, Crinon, ont retiré du sang la partie colorante des globules, et en ont fait des préparations qui tiennent de l'aliment et du médicament.

Comme aliment réel, le sang ne me paraît devoir être utilisé qu'à l'état de peptone contenant un titre d'azote défini. Dans la thérapeutique alimentaire appliquée au traitement des aliénés, il faut, on ne peut trop le dire, présenter sous le plus petit volume possible la plus grande somme d'éléments alibiles ; or, le sang ne contient cette somme que sous un volume relativement grand.

Lait. — Bien qu'étant l'objet d'incessantes études

(1) *Guerder*. De l'emploi de la poudre de sang de bœuf dans l'alimentation forcée. (*Bulletin de thérapeutique*, 1883, F. CIV, p. 449.)

©BIUM

chimiques, physiologiques et thérapeutiques, le lait n'offre rien de nouveau qui soit applicable à l'alimentation des différentes classes d'aliénés. Le régime lacté, si chaleureusement recommandé depuis quelques années, comme moyen thérapeutique, trouve dans les asiles d'aliénés comme ailleurs ses indications, mais c'est seulement lorsqu'il y a à traiter des maladies incidentes qui appartiennent à la pathologie générale (1).

Le lait peut être donné pur ou additionné d'autres substances alimentaires. J'en parlerai à propos des mélanges nourrissants administrés au moyen de la sonde œsophagienne, qu'il me suffise, pour le moment, de rappeler qu'un litre de lait renferme :

Azote	6 gr. 60
Carbone	80 grammes
Graisse	33 grammes

On a beaucoup parlé, dans ces dernières années, des laits fermentés. Le koumyss a été, non sans exagération, vanté comme aliment, et surtout comme médicament ; on en a fait une panacée, c'est le mal.

Récemment la presse médicale s'est occupée d'un autre lait fermenté, le kéfir, qui a l'avantage sur le koumyss d'être plus agréable au goût. Je dois en dire quelques mots, d'autant plus que je lui reconnais de réelles propriétés nutritives et médicamenteuses.

Depuis un temps immémorial, les Tartares qui habitent au nord du Caucase préparent un breuvage qu'ils nomment kéfir, gypy, kapyr, etc., en ajoutant au lait de vache un champignon particulier. Celui-ci, dit M. le Dr Lépine (2), se présente sous la forme de petits

(1) A propos de la diète lactée, M. Chibrel a fait à l'Académie des sciences, séance du 31 mai 1883, une communication dans laquelle il relate qu'il a constaté : 1° que les urines excrétées quotidiennement par deux personnes, avant, pendant et après une diète lactée rigoureuse de deux mois, présentaient une énorme augmentation du chiffre de l'urée sous l'influence du régime lacté ; 2° que lorsque le régime lacté remplace complètement l'alimentation ordinaire, l'urée excrétée augmente de 60 pour 100, tandis que lorsque le lait n'intervient que pour moitié dans l'alimentation, l'urée excrétée augmente seulement de 35 pour 100.

(2) R. Lépine, professeur à la Faculté de médecine de Lyon. (*Semaine médicale*, 1887, p. 29.)

©BIUM

grains irréguliers, compacts, élastiques, dont la grosseur est comprise entre 5 millimètres et 5 centimètres. Une fermentation s'établit, de l'alcool se produit, et le kéfir se présente alors sous la forme d'un liquide un peu épais, de la couleur du lait, mousseux, d'un goût légèrement aigrelet et d'une saveur *sui generis*. M. Dimitriew a donné sa composition chimique comparée à celle du lait et à celle du koumyss.

	Lait d'une densité de 1028	Kéfir de 2 jours.	Koumyss.
Matières albuminoïdes.	48	38	11.2
Graisse	38	20	20.5
Lactose.....	41	20	22
Acide lactique.....	»	9	11.5
Alcool..... .	»	8	16.5
Eau et sels.....	873	905	918.3

Comparativement au koumyss, le kéfir est plus riche en albuminoïdes, et moins riche en alcool, il est aussi moins aigre.

Ce sont ces caractères qui me font penser que le kéfir aura plus d'avenir que le koumyss. J'ai toujours trouvé que celui-ci, pour l'usage alimentaire, et surtout pour la thérapeutique alimentaire, était trop alcoolique.

M. Dujardin-Beaumetz a donné, d'après Treschnisky, une analyse du kéfir qui diffère de celle de Dimitriew en ce que ce dernier a trouvé 9 p. 1000 d'acide lactique, tandis que Treschnisky n'en a signalé que 4 p. 1000 (1).

M. Dujardin-Beaumetz rappelle également que, « sous le nom de *galazyme*, Schneep a décrit des laits dans lesquels la lactose ne fermente plus, il est vrai, mais que l'on rend alcooliques par l'addition de sucre et d'un ferment spécial. Schneep se servait de la levure de brasserie, à laquelle il ajoutait 3 parties de sucre de canne et 5 parties de lactose qu'il introduisait dans un litre de lait. Cette formule a été plus ou moins modifiée par Pigatte (de Trieste) qui ajoute à la levure

(1) Dans sa thèse (Pétersbourg, 1888), Alekssejeff trouve, au point de vue de l'assimilation de l'azote des aliments sous l'influence du képhir, une grande analogie entre l'action du képhir, celle du koumyss et celle du lait.

©BIUM

de bière du miel, de l'alcool et de la farine de froment. Adam Gibson, lui, ajoute au lait écrémé en voie de fermentation, de la lactose et du sucre de canne ; Wolf, au contraire, se sert de sucre de raisin et de levure de bière. »

Le Dr Deschiens a très heureusement modifié ces formules. Il se sert du ferment que l'on désigne sous le nom de *levure* haute de grain. On en prend 4 grammes, on ajoute 10 grammes de sucre, on dissout le tout dans un peu d'eau et on verse ce mélange dans un litre de lait. On ferme hermétiquement à l'aide d'une ficelle et, dès le lendemain, on a une boisson pétillante qui renferme 1 p. 100 d'alcool et une grande quantité d'acide carbonique. La quantité d'alcool peut être augmentée en augmentant la quantité de sucre et de ferment.

Ces laits fermentés peuvent certainement trouver leur emploi dans l'alimentation réellement thérapeutique de certains aliénés. Comme preuve, j'emprunte à M. Dujardin-Beaumetz le résumé de la thèse inaugurale du Dr Saillet sur la question (1).

« Ces laits fermentés sont généralement bien supportés, surtout par les estomacs habitués aux boissons alcooliques. Par leur alcool et leur acide lactique, ils ajoutent aux propriétés toniques et digestives du lait ; par leur acide carbonique, ils calment les douleurs et les vomissements : aussi avons-nous tiré de ces *laits de Champagne,* suivant l'heureuse expression de Maximin Legrand, qualification que Saillet a appliquée à la galazyme, de bons effets dans les formes torpides de la tuberculose et surtout dans le catarrhe stomacal des ivrognes. Ces laits fermentés nous servent aussi à établir le régime lacté exclusif chez les alcooliques, tout en maintenant dans une mesure très restreinte l'usage de l'alcool. »

Cette dernière considération justifie l'importance que je donne à l'usage de ces préparations qui tiennent du médicament et de l'aliment, dans nos asiles d'aliénés.

---

(1) J. Saillet. Des laits fermentés et de leur usage thérapeutique. (*Thèse de Paris*, 1886.)

©BIUM

Œufs. — Les œufs, dans le régime diététique aussi bien que dans le régime ordinaire, constituent un aliment précieux, bien qu'il ne soit pas complet. Cet aliment ne contient pas une quantité d'eau suffisante pour satisfaire aux besoins de la nutrition. On y trouve :

Matières azotées.....	1,90	p. 100
Carbone.....	13,50	—
Sels.....	2,50	—

La moyenne de 100 œufs privés de leur coquille m'a donné pour chaque œuf un poids de 53 grammes 57.

Je n'essaierai pas de réunir toutes les formes sous lesquelles on peut offrir les œufs aux malades et aux convalescents ; la liste en est démesurément longue. Je rappellerai seulement que pour les aliénés qui ne prennent qu'avec de grandes difficultés les aliments qu'on leur prescrit, c'est surtout à l'état liquide que les œufs doivent leur être présentés, c'est dans cet état que l'on a le plus de chance de les voir accepter. J'ai eu souvent à répondre aux désirs de mes chefs de service à cet égard. J'ai créé pour les besoins du moment diverses formules. En voici une qui m'a souvent réussi :

On bat fortement deux œufs, blanc et jaune, on y ajoute 60 grammes de sirop d'orgeat, 100 grammes d'infusion de thé et 15 grammes d'eau de fleur d'oranger. On passe à travers une passoire et on obtient un liquide jaunâtre, agréable, que l'on fait prendre par petites tasses ou par cuillerées à bouche ; je l'appelle *bavaroise à l'œuf.*

Le lait de poule classique qui consiste à émulsionner deux jaunes d'œufs dans de l'eau bouillante que l'on sucre et que l'on aromatise avec un peu d'eau de fleurs d'oranger, est volontiers accepté par les malades. Dans le même ordre d'idées, je signale la *crème américaine.* On l'obtient en battant deux jaunes d'œuf, on y ajoute du sucre en poudre et on aromatise avec un peu de rhum ou d'eau-de-vie, ou avec un peu de vin d'Espagne, xérès, malaga, etc.

Toutes ces préparations ne peuvent suffire à elles seules pour l'alimentation.

Alimentation des aliénés sitiophobes. — S'il est nécessaire de fournir aux aliénés que l'on est obligé de

©BIUM

nourrir au moyen de la sonde œsophagienne, la somme des équivalents nutritifs, carbone et azote, nécessaires à leur entretien, il faut généralement que cette somme dépasse celle qui a été désignée par les physiologistes sous le nom de ration d'entretien. C'est que, en effet, ces malades, bien que restant souvent inactifs, *s'usent* rapidement par la nature même de leur délire. Je n'ai pas qualité pour traiter la question si complexe de l'influence du moral sur le physique, mais je peux affirmer que par les nombreuses analyses que que j'ai faites des urines émises par des malades atteints de lypémanie anxieuse, se nourrissant d'une façon tout à fait insuffisante, la quantité des déchets dépassait souvent et de beaucoup celle des déchets constatée chez les individus se nourrissant bien et chez lesquels les fonctions physiologiques s'accomplissaient normalement. En outre, il est une nécessité qui s'impose, c'est celle d'administrer les aliments sous forme liquide.

Le lait, les œufs, le bouillon, la poudre de viande, les peptones, le vin, substances dont j'ai parlé ci-dessus, se prêtent à ce mode d'administration : il en existe deux autres qui peuvent être ajoutées aux précédentes, ce sont les farineux et les corps gras.

Les légumes féculents contiennent une forte proportion d'azote, c'est pour cela qu'on les a nommés *la viande des pauvres ;* mais il faut qu'ils soient cuits, et, pour l'alimentation par la sonde, il est indispensable qu'ils soient réduits en purée. J'ai constaté que la farine de pois cuits se prêtait très bien à cette manipulation.

Les aliments gras sont au nombre de trois : les graisses, les beurres, les huiles. Je n'ai pas à rappeler le rôle qu'ils jouent dans l'alimentation. Je signalerai seulement les récentes expériences de Debove et Flamant qui ont eu pour résultat de démontrer que les corps gras sont de bons aliments et qu'en outre ils diminuent la combustion des aliments azotés. Pour ces expérimentateurs les graisses font partie des éléments d'épargne (1). Rubner a observé chez un individu qui consommait journellement 48 gr. 8 d'azote, une déper-

(1) Debove et Flamant. *Recherches de l'influence de la graisse sur la nutrition* (Soc. Méd. des Hôp., 9 juin 1885, n° 10, p.263).

©BIUM

dition de 50 gr. 8 d'azote pour les reins. Chez un autre sujet qui consommait journellement 23 gr. 5 d'azote sous forme de viande et de pain, quand on y ajouta 190 de graisse, il n'élimina plus que 19 grammes d'azote le deuxième jour (Germ. Sée. p. 19.)

Comme les graisses et les beurres seraient d'un usage difficile avec l'emploi de la sonde, je ne mentionnerai que les huiles et particulièrement l'huile de foie de morue qui, en dehors de ses propriétés nutritives, joue en thérapeutique un rôle considérable.

Jeanny Rondes, de Lyon, dans un très bon travail, a établi que chez les tuberculeux, comparée à l'arsenic, l'huile de foie de morue, sous le rapport de l'engraissement, était de beaucoup supérieure.

Je dois signaler que M. Chapeteau a proposé un médicament nouveau appelé morrhuol qui, paraît-il, représente les principes actifs du foie de morue, en y comprenant les alcaloïdes se rattachant à la série des bases hydro-pyridiques, et dont la présence dans ce médicament a été signalée par MM. A. Gauthier et Mourgues (1). Voici en quels termes s'exprime M. Germain Sée à l'égard du morrhuol dans son livre du régime alimentaire (p. 401).

« L'huile de morue finit toujours par fatiguer les organes digestifs, et par saturer les villosités au bout de quelques semaines: dans ces cas, j'emploie, non sans succès, un extrait spécial d'huile, désigné par le pharmacien sous le nom de morrhuol ; un gramme de cette substance représenterait dix grammes d'huile. Ce qui est certain, c'est que le remède est bien toléré et absorbé, et que son action antidénutritive la rapproche de l'action modératrice de l'huile. »

Le doute a pendant un certain temps régné sur la sorte d'huile de foie de morue que l'on devait préférer. Devait-on donner la préférence aux huiles blanches et blondes sur l'huile brune? J'ai assisté naguère à ce débat. Aujourd'hui on emploie presque exclusivement les huiles blondes et je trouve que l'on fait bien.

Les doses d'huile de foie de morue sont variables sui-

(1) Académie des sciences, séance du 9 juillet 1888.

©BIUM

vant les indications thérapeutiques et suivant aussi les susceptibilités individuelles. Dans les mélanges nourrissants qui doivent être administrés à l'aide de la sonde œsophagienne, je pense que l'on ne doit pas dépasser la dose de 30 grammes. Au-dessus de cette dose j'ai souvent constaté que le mélange devenait plutôt laxatif que nutritif.

Le vin trouve également sa place dans ces mélanges nourrissants, et, comme la quantité que l'on prescrit est administrée en une ou deux fois au plus, il y a avantage à préférer les vins toniques à ceux qui se signalent par leur richesse alcoolique.

L'addition du chlorure de sodium n'est pas à omettre. Rabuteau (1) a vu le chiffre de l'urée s'élever de quelques dixièmes de degré en ajoutant 10 grammes de sodium à la ration journalière. D'après Servi, le chlorure de sodium sert à transformer en sucre l'amidon des matières féculentes.

Voici la composition d'un mélange alimentaire pour être administré par la sonde œsophagienne et qui réunit les conditions de nutribilité et de forme désirables :

	Azote.	Carbone.
4 œufs blanc et jaune pesant ensemble 216 grammes	4 gr. 11	32 gr. 40
Lait 2 litres	13 20	160
Vin de Bordeaux 250 gr	0 04	10
Poudre de viande 30 gr	3 91	14 34
	21 gr. 26	216 gr. 74

Si on trouve que deux litres de lait forment une quantité de liquide trop forte, on peut n'en employer qu'un litre et remplacer le litre de lait retranché par 100 grammes de chocolat et 30 grammes en plus de poudre de viande, ou, ce qui est préférable, par 6 grammes de peptone sèche.

D'autres substances alimentaires peuvent, sans aucun doute, être administrées par la sonde œsophagienne ; mais il faut de toute nécessité que le mélange nourrissant représente bien la somme des principes azote et

(1) Rabuteau. *Traité de thérapeutique et de pharmacologie*, 4e édit., 1864, p. 108.

©BIUM

carbone assimilables nécessaires à l'entretien de la vie. L'aliéné ainsi nourri n'a pas le choix des aliments, il ne peut pas délaisser un mets pour en prendre un autre qui lui plaît davantage, il faut le nourrir, pour ainsi dire, à son insu et dans ces conditions son alimentation ne doit pas être abandonnée au hasard, elle doit être rigoureusement physiologique.

Alimentation rectale. — Ce mode d'alimentation s'impose parfois dans les soins que l'on a à donner aux aliénés. Bien que dans nos asiles d'aliénés le personnel médical soit familiarisé avec l'usage de la sonde œsophagienne, il peut arriver que pour certaines causes, il soit rendu impossible. Il ne reste plus qu'un moyen pour ne pas laisser le malade mourir d'inanition, c'est de l'alimenter par le rectum.

A ce sujet, voici comment s'exprime M. le Dr Dujardin-Beaumetz :

« Depuis 1879, j'ai démontré que le gros intestin incapable par lui-même de modifier les substances albuminoïdes ne remplissait que des fonctions d'absorption, et que si l'on voulait suffire à l'alimentation par cette voie, il était nécessaire de ne se servir que d'aliments peptonisés. Ces lavements peptonisés sont donc les seuls lavements alimentaires à employer. Dans une tasse de lait vous ajoutez les quatre substances qui suivent : de deux à trois cuillerées à soupe de peptone liquide, ou bien, ce qui est préférable, deux à trois cuillerées à café de peptone sèche, un jaune d'œuf, 5 gouttes de laudanum et 5 centigrammes de bi-carbonate de soude, si les peptones dont vous faites usage sont acides, car, comme vous le savez, le contenu du gros intestin est neutre ou alcalin, mais il n'est jamais acide. »

M. le Dr Dujardin-Beaumetz ne parle pas de la nécessité de faire précéder l'administration du lavement nutritif d'un autre lavement non alimentaire; cela me paraît cependant généralement utile.

M. Catillon qui a fait sur lui-même des expériences pour la constatation de la valeur nutritive des lavements peptonisés (1), prenait avant le lavement nutritif un

(1) *Bulletin de thérapeutique médicale et chirurgicale*, nos des 15 et 29 février 1880.

©BIUM

petit lavement laudanisé à trois ou quatre gouttes qu'il conservait pour paralyser les contractions intestinales et prévenir les coliques. M. le Dr Daremberg a insisté sur cette précaution.

A la Société de médecine interne de Berlin (séance du 21 février 1887) la valeur nutritive des lavements de peptone ayant été mise à l'ordre du jour, M. le Dr Mueller a dit que, depuis de longues années, il conseillait souvent les lavements nutritifs de peptone additionnée de sucre de raisin. Cette substance avait été choisie par lui à cause de la facilité avec laquelle elle se résorbe. Il ajoute en outre à cette substance 10 à 20 grammes d'amidon pour éviter les symptômes d'excitation. M. le Dr Ewald a annoncé que dans tous ses lavements nutritifs il ajoutait du sucre de raisin et cela depuis longtemps.

M. Catillon, qui a donné la formule suivante pour un lavement de peptone :

Peptone de viande (solution saturée).	40 gr. ou deux cuillerées.
Eau	125 grammes.
Bicarbonate de soude	30 centigrammes.
Laudanum	III ou IV gouttes.

à répéter deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures, ajoute que l'on peut additionner ces lavements de sucre, ou mieux de glycérine 10 à 15 grammes pour représenter l'aliment respiratoire.

M'inspirant de mon expérience basée sur ce qui m'a été dit par des praticiens, sur ce que j'ai lu, sur ce que j'ai observé, sur ce que j'ai éprouvé sur moi-même, je formule de la manière suivante les lavements peptonisés :

Peptone sèche	3 cuillerées à café.
Jaune d'œuf	I
Laudanum	V gouttes.
Bicarbonate de soude	0 gramme 50.
Lait	125 grammes.
Amidon pulvérisé	5 grammes.

J'omets le sucre. En remplaçant l'eau par le lait, comme l'indique M. le Dr Dujardin-Beaumetz, l'aliment respiratoire figure dans le mélange sous la forme la plus naturelle. Je maintiens quand même le bicarbonate de

©BIUM

soude et j'ajoute l'amidon, moins en sa qualité d'aliment respiratoire, qu'à titre d'émollient. Il contribue à la tolérance des lavements peptonisés.

La manière d'administrer ces lavements a son importance. M. le Dr Ewald procède très doucement au moyen d'un irrigateur tenu à 30 ou 40 centimètres au-dessus de l'anus, dans lequel il introduit une sonde molle de Nélaton qui n'est autre qu'un tube en caoutchouc mou.

Les lavements à base de peptone sont-ils véritablement nutritifs? La théorie et la pratique répondent « oui ». Peuvent-ils suffire à l'entretien de la vie? Oui, pendant un certain temps dont la durée est en rapport direct avec la tolérance de l'aliment. Je ne crois pas que l'alimentation rectale puisse être longtemps supportée. C'est inévitablement une grande ressource qui, je le répète, dans certains cas s'impose, mais ce n'est à mes yeux qu'une ressource momentanée; il faut y avoir recours faute de mieux et surtout en attendant mieux, ce mieux il faut le chercher. La thérapeutique de l'aliénation mentale est, dit-on, fort restreinte : certains médecins même sont convaincus de l'inanité des moyens pharmaceutiques dans le traitement de la folie. C'est certainement discutable ; mais ce qui me paraît hors de discussion, c'est la nécessité de procurer du repos et du calme aux aliénés (1) et, suivant les besoins, de les faire bénéficier des avantages d'une thérapeutique alimentaire raisonnée.

---

(1) A. Lailler. *Les nouveaux hypnotiques et leur emploi en médecine mentale*, in *Annales médico-psychologiques*, t. IV, juillet 1886.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 29 OCTOBRE 1888

Présidence de M. COTARD

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

Correspondance et présentations d'ouvrages

La Société a reçu :

1° De M. le ministre de l'Intérieur l'ampliation du décret l'autorisant à accepter les libéralités testamentaires du Dr Bourdin ;

2° De MM. les Drs Legrain, Lagrange et Pichon des lettres de remerciements ;

3° De M. le Dr Espiau de Lamaëstre une lettre par laquelle il demande à être nommé membre honoraire. (Adopté) ;

4° De M. le Dr Petit une lettre de candidature. Une commission composée de MM. Charpentier, Paul Garnier et Pichon est désignée pour examiner les titres et travaux de M. Petit ;

5° De M. le Dr Déricq, médecin adjoint de l'asile de Prémontré, une lettre de candidature. Une commission composée de MM. Magnan, Briand et Dupain est chargée de présenter un rapport sur cette candidature.

La correspondance imprimée comprend :

1° La thèse inaugurale de M. le Dr Blocq, présentée au concours du prix Moreau (de Tours) ;

2° Le deuxième fascicule de la traduction du *Traité clinique des maladies mentales* du Dr Schüle ;

3° *De l'hypnotisme*, par le Dr Lefebvre, de Louvain. (Discours prononcé à l'Académie de médecine de Belgique) ;

4° *De l'utilité et des dangers de l'hypnotisme*. Dis-

©BIUM

cours prononcé à l'Académie de médecine de Belgique, par le Dr F. Semal, de Mons.

5° Une brochure du Dr Peeters, intitulée : *La situation actuelle du patronage familial des aliénés* (Colonie de Gheel) ;

6° Le dernier numéro de la *Revista de neurologia et psychiatria* du Dr Bettencourt Rodrigues ;

7° La *Revue de l'hypnotisme.*

8° Les *Annales médico-chirurgicales.*

M. FALRET annonce à la Société que Mme veuve Billod, décédée le 23 août dernier, a légué par testament 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.

Rapports de candidature

M. VALLON. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter, au nom d'une commission composée de MM. J. Falret, Ball et Vallon, le rapport dont vous l'avez chargée sur la candidature de M. le Dr Donnet au titre de membre titulaire de la Société médico-psychologique.

M. le Dr Donnet, dès le début de sa carrière médicale, se sentit attiré vers l'étude de l'aliénation mentale, et, pendant les années 1855-1856, il fut un des auditeurs assidus des cours que faisait à cette époque, à la Salpêtrière, le vénéré M. Baillarger. Après s'être livré pendant un certain nombre d'années à la clientèle, M. Donnet fut nommé, en 1870, médecin en chef de l'asile de Naugeat, près de Limoges, et, quelques années plus tard, médecin-directeur du même établissement.

A Naugeat, M. Donnet se montra un médecin expérimenté, un administrateur habile, et il sut si bien conquérir l'estime et l'affection de ses concitoyens que ceux-ci, en 1881, l'envoyèrent les représenter à la Chambre des députés

Comme député, M. Donnet fit partie de la commission extraparlementaire chargée de reviser la loi de 1838 sur les aliénés.

En janvier 1886, M. Donnet fut nommé médecin en chef à l'asile des femmes à Bordeaux et, deux ans après,

©BIUM

à la mort de M. le Dr Bigot, médecin-directeur de l'asile de Vaucluse (Seine).

Installé depuis un an à peine dans ces importantes fonctions, M. Donnet vient de recevoir de ses concitoyens une nouvelle marque de confiance : le 14 courant, il a été élu sénateur de la Haute-Vienne.

Partout où il a passé, M. Donnet a laissé la meilleure réputation, partout il s'est montré un médecin consciencieux donnant à ses malades la plus grande partie de son temps, un administrateur ferme mais bienveillant, dirigeant son établissement comme un véritable chef de famille.

A Bordeaux, à Limoges, M. Donnet a eu à examiner comme médecin-expert un grand nombre de prévenus. Il a rédigé des rapports mécico-légaux dont plusieurs présentent un intérêt tout particulier ; et il est vraiment à regretter que M. Donnet, par excès de modestie, n'ait pas cru devoir livrer à la publicité ces documents précieux à plus d'un titre.

Je ne veux pas insister davantage, Messieurs, sur les mérites professionnels du Dr Donnet, sur l'honorabilité de son caractère; aussi bien n'est-il pas un inconnu pour la plupart d'entre vous.

Votre commission, Messieurs, est unanime à appuyer la candidature de M. Donnet au titre qu'il sollicite. Les qualités dont il a fait preuve jusqu'ici promettent à la Société médico-psychologique un collaborateur éminent et aussi, j'en suis persuadé, si cela était nécessaire, un défenseur dévoué auprès des pouvoirs publics contre les attaques injustes et passionnées auxquelles nous sommes continuellement en but les uns ou les autres.

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

M. Rouillard. — Messieurs, vous avez chargé une commission, composée de MM. Cotard, Ritti, et Rouillard rapporteur, de vous présenter un rapport sur la candidature de M. N. Popoff, au titre de membre associé étranger de notre Société. Les titres seuls de M. Popoff justifieraient son admission parmi vous. Notre distingué confrère est, en effet, professeur à l'Université impériale de Varsovie, membre titulaire

©BIUM

de la Société psychiatrique de Saint-Pétersbourg, et médecin de l'asile Saint-Nicolas de Saint-Pétersbourg. Aussi ne sera-ce que pour mémoire, que je vous citerai, Messieurs, quelques-uns de ses travaux. Ils ont été publiés en russe et en allemand, certains même en français et avec une rigueur scientifique et une précision dans les termes, que chacun envierait. Ces travaux ont trait à des questions de pathologie mentale et nerveuse, et surtout d'anatomie pathologique, que notre savant confrère paraît avoir spécialement cultivée.

Je cite, au hasard de la plume, d'abord des *Recherches sur la structure des cordons postérieurs de la moelle épinière chez l'homme.* — L'auteur, après avoir examiné la structure du système nerveux central, d'après le développement embryonnaire, a trouvé que les faisceaux de Goll ne reçoivent pas simultanément leur enveloppe de myéline. Il a pu observer, sur des coupes de la moelle épinière d'embryons au neuvième mois de la vie intra-utérine, que les fibres des portions internes des faisceaux de Goll possédaient déjà une couche de myéline complètement formée, alors que celles de leurs portions externes qui limitent les cordons de Burdach, en étaient encore presque dénuées. Si les fibres des faisceaux de Goll ne se recouvrent pas simultanément de myéline, mais se partagent sous ce rapport en deux rapports, la raison en est problement dans la dualité de leur origine. — Une partie des fibres, d'après Fleschsig, part des cordons de Clarck et de leur circonférence, et se dirige d'avant et de dehors en arrière et en dedans, et atteint ainsi la région des faisceaux de Goll ; la seconde portion des fibres forme avant sa jonction avec la substance blanche, la partie intégrante de la commissure postérieure. Ces fibres émergent des cornes postérieures, le long du bord antérieur des cordons postérieurs ; elles pénètrent dans la commissure postérieure, et, ayant atteint la ligne médiane, changent brusquement de direction vers la sagittale et arrivent au septum posterius.

Sur des coupes, l'auteur a constaté que les fibres de la commissure postérieure étaient encore complètement privées de myéline ou n'en avaient qu'une faible quantité, tandis que les fibres des cordons de Clarck se distinguaient déjà par une enveloppe complètement déve-

©BIUM

loppée, offrant le même volume que celles de la partie interne des faisceaux de Goll. Se basant sur ces données, l'auteur incline à croire que les fibres des faisceaux de Goll qui débouchent des cordons de Clarck se trouvent dans l'intérieur même de ces faisceaux, tandis que les fibres de la commissure postérieure constitueraient la section externe.

Nous trouvons ensuite dans les œuvres de notre confrère quelques cas intéressants. C'est d'abord un cas de dégénérescence secondaire de la commissure blanche du cerveau. L'examen microscopique du cerveau a montré deux foyers de ramollissement symétriques, situés dans les deux gyri-linguales, et une dégénérescence secondaire de presque toutes les fibres de la commissure blanche antérieure, ce qui prouverait que cette commissure sert principalement à la liaison des lobi-linguales. — C'est ensuite un cas d'engorgement progressif du sinus falciforme supérieur par une tumeur perlée, développée dans sa paroi. L'observation clinique de la malade signalait des crises convulsives, suivies de perte complète de connaissance, des troubles intellectuels transitoires, et des céphalalgies opiniâtres avec syncopes. A l'autopsie, on trouva, outre la tumeur en question, un engorgement des veines, surtout à la partie antérieure du cerveau, l'hyperémie et l'œdème de la substance cérébrale, la distension des ventricules latéraux par un liquide séreux, et la sclérose des artères de la base.

Suit une étude sur les altérations que les ganglions cervicaux du grand sympathique présentent dans la paralysie générale des aliénés. Vous connaissez, Messieurs, la théorie émise à ce sujet par plusieurs auteurs, et notamment par M. Poincaré. M. Popoff a soumis à l'examen histologique les ganglions cervicaux du grand sympathique de dix paralytiques généraux. Il y a constaté deux processus pathologiques différents. Ce sont, d'une part, l'épaississement des parois vasculaires avec hyperplasie des éléments du tissu conjonctif qui entoure ces parois, ainsi que l'épaississemement des cloisons du tissu conjonctif qui séparent les faisceaux nerveux ou qui se trouvent à l'intérieur de ces faisceaux ; on trouve aussi parfois une structure moins fine de la névroglie,

©BIUM

devenue en même temps plus fibreuse. C'est là, en un mot, une inflammation interstitielle, avec formation durable d'éléments de tissu conjonctif. D'autre part on voit que les cellules nerveuses elles-mêmes, contiennent une quantité plus grande de pigment. Il est vrai que chez l'homme sain, lui aussi, les cellules ganglionnaires du grand sympathique contiennent du pigment, mais ce pigment n'occupe qu'un des côtés de la cellule. Chez le paralytique général, au contraire, les mêmes cellules nerveuses sont tellement remplies de pigment que c'est à peine, parfois, si le noyau est visible. Les cellules ayant encore conservé leurs parois ne contiennent que des noyaux entourés de pigment, ou bien on ne trouve plus que des amas de pigment disposés de façon à rappeler la forme d'une cellule. Il faut ajouter que, dans ce dernier cas, le nombre des cellules est de beaucoup diminué. En un mot, nous sommes ici en présence d'une atrophie ayant débuté par une dégénérescence pigmentaire des cellules ganglionnaires. C'est là on le sait, une altération qu'on trouve fréquemment dans les diverses affections des centres nerveux.

En comparant ces lésions avec celles que M. Popoff a trouvées dans le grand sympathique des déments secondaires, on ne voit pas de différence sensible ; d'où il faut conclure que, si les désordres trophiques dépendent d'une altération du grand sympathique, les paralytiques généraux sont dans les mêmes conditions que les autres malades atteints d'une maladie mentale chronique. Ces désordres sont cependant relativement plus fréquents dans la paralysie générale progressive. L'auteur croit que la cause de ces troubles dépend beaucoup de la difficulté dans laquelle on se trouve, lorsque l'on veut entourer ces malades de soins convenables. Je laisse à M. Popoff la responsabilité de son explication.

Dans le domaine de la pathologie expérimentale, nous trouvons une intéressante thèse de M. Popoff, présentée à l'Académie impériale médicale de Saint-Pétersbourg, et intitulée : *Matériaux pour l'étude de la myélite aiguë d'origine toxique*. Les principales conclusions de ce travail sont les suivantes : L'arsenic, le plomb et le mercure, dans le cas d'intoxication aiguë, provoquent dans la moelle des altérations très nettes,

©BIUM

qui, par leurs caractères, doivent être considérées comme des myélites aiguës centrales (poliomyelitis acuta). Dans les cas d'intoxication plus lente (certaines des expériences ont eu pour durée de 83 à 170 jours), ces altérations ne se bornent pas à la substance grise, elles s'étendent à la substance blanche, en offrant le tableau d'une myélite diffuse généralisée. Quant au système nerveux périphérique, dans l'intoxication aiguë produite par le plomb, l'arsenic, le mercure, il reste à l'état normal.

Enfin, Messieurs, au point de vue exclusivement clinique, je citerai notamment deux études de M. le professeur Popoff. L'une est une contribution au traitement de la dipsomanie. Se basant sur les recherches de deux français, MM. Luton et Dujardin-Beaumetz, l'auteur propose la strychnine comme traitement symptomatique de la dipsomanie, ce remède affaiblissant et détruisant même les sensations douloureuses qui précédent les accès d'ivrognerie. Deux observations prouvent que la strychnine pourrait même couper un accès de la maladie.

Une autre étude traite du degré d'importance, au point de vue du pronostic, d'un abaissement extrême de la température dans le cours des maladies mentales. L'auteur nous décrit un accès de manie périodique avec terminaison favorable, la température rectale s'étant, pendant le cours de la maladie, abaissée jusqu'à 33° 4 centigrades, quoique l'état général fût bon et que l'excitation fût restée constante. D'après l'auteur cet abaissement de la température ne peut être expliqué que par un trouble des centres thermiques du cerveau. Les auteurs qui considèrent les troubles de la calorification atteignant une certaine intensité, comme des symptômes défavorables pour l'issue de la maladie, seraient donc dans l'erreur.

Enfin, pour terminer, je citerai encore une étude sur les fausses scléroses systématiques de la moelle épinière. Cette brochure, qui renferme une fort intéressante observation avec autopsie et examen histologique des centres nerveux, contient une discussion savante sur la nature du tabes dorsal spasmodique.

En vous citant quelques-uns des travaux de M. le

©BIUM

professeur Popoff, j'ai pu vous convaincre, Messieurs, que c'était un savant consciencieux, un neurologiste distingué, qui demandait place parmi vous. Vous pensez certainement comme moi, que la Société médico-psychologique de Paris s'honorera en recevant dans son sein un tel confrère. Outre la sympathie qu'appelle la nationalité de M. Popoff, vous tiendrez à rendre hommage en lui au mérite et à la science que la France a toujours honorés. Je vous propose donc, Messieurs, au nom de la commission, de nommer M. Popoff, membre associé étranger.

Conformément aux conclusions de ce rapport, M. Popoff est nommé membre associé étranger.

M. Dupain. — Messieurs, dans votre dernière séance vous avez nommé une commission composée de MM. Magnan, Garnier et Dupain rapporteur, chargée d'examiner les titres de notre confrère, Mme Zénaïde de Gorsky, qui sollicite l'honneur de faire partie de votre société, en qualité de membre associé étranger. Je viens vous rendre compte de la décision de votre commission.

Mme de Gorsky est née à Saint-Pétersbourg. Préparée par de sérieuses études, elle vint en France pour y apprendre la science médicale. Après avoir obtenu en Sorbonne ses diplômes de bachelier, elle a pris ses premières inscriptions. Ecolière assidue à l'hôpital, le matin, prenant, l'après-midi, des notes aux cours de l'amphithéâtre, ses efforts furent couronnés de succès. Elle termina d'une façon brillante ses études classiques par la présentation et la soutenance d'une thèse remarquable, que le jury a honorée d'une mention flatteuse, et dont je vais donner une brève analyse.

Mme de Gorsky nous apprend, dans l'avant-propos, que M. le professeur Damaschino a guidé ses premiers pas et lui a donné l'habitude du travail. M. le professeur Lancereaux compléta ses notions scientifiques en pathologie interne, et c'est alors qu'elle vint suivre, à l'admission de l'asile de Sainte-Anne, les cours de M. Magnan.

Entraînée par cette tendance spéciale à son esprit vers les problèmes médico-psychologiques, ces leçons, attentivement écoutées, lui furent, dit-elle, d'une

©BIUM

grande utilité. Quand vint le moment d'écrire son premier ouvrage, elle songea aux différents états physiologiques particuliers à la femme et chercha à reconnaître leur degré d'influence sur l'état psychique. La folie puerpérale était donc pour sa thèse inaugurale un sujet tout indiqué.

Cet ouvrage, que la commission a parcouru avec beaucoup d'intérêt, démontre que les femmes atteintes de ce genre de folie ne sont que des *prédisposées* à l'aliénation mentale. Elles auraient pu manifester leur prédisposition à propos d'une secousse quelconque, physique ou morale ; mais, dans les cas dont il est question, la puerpéralité n'est qu'une cause occasionnelle qui détermine l'explosion d'un accès délirant.

Après avoir passé en revue les différentes opinions émises au sujet de la folie puerpérale, l'auteur remarque que, le plus souvent, l'état puerpéral est considéré comme la cause de la folie qui se déclare à cette période physiologique, soit pendant la grossesse, soit à la suite de couches, soit pendant l'allaitement.

Après quelques lignes consacrées à l'étude des modifications des principaux organes chez la femme enceinte, l'auteur donne un aperçu historique et critique de l'influence sympathique de l'utérus sur le développement de la folie, et lorsqu'il étudie l'action sur le système nerveux, des troubles de la menstruation et l'influence de la grossesse, il pense que l'accès délirant n'est que le retentissement d'une action locale, et que la différence du retentissement dépend, moins de l'organe modifié ou malade, que de l'organisme entier et de sa susceptibilité nerveuse. La maladie, chez les différents sujets, se présente de plusieur façons. Une femme *saine*, née de parents *sains*, ne sentira aucun retentissement de la gestation. Une femme excitable, nerveuse, affaiblie par la mollesse ou par l'oisiveté, aura des névralgies ou de l'odontalgie, etc. Une femme héréditairement tarée, ayant une prédisposition morbide, sera plus fortement impressionnée, et nous la verrons, tantôt sous le joug d'une impulsion qui peut la mettre en présence du magistrat, tantôt abattue, découragée, cherchant à attenter à ses jours par dégoût de la vie ; ou bien, dans un accès de fureur, elle deviendra dangereuse pour son entourage et,

©BIUM

comme conclusion, elle viendra réclamer nos soins dans un asile.

Nous venons de dire qu'après s'être livré quelque temps à l'étude des modifications des principaux organes chez une femme enceinte, pour y découvrir la cause de la folie, et cherché à savoir si l'utérus, par l'intermédiaire du système nerveux, n'avait pas une certaine influence sur les accidents délirants, l'auteur s'arrête à ce fait, dont il démontre une fois de plus la réalité, que la cause principale de la folie chez les femmes enceintes, nouvellement accouchées ou nourrices, consiste dans l'hérédité morbide.

Cette recherche de l'hérédité s'impose de plus en plus et demande des investigations patientes. On trouve citée, à ce propos, l'opinion de Morel, de Renaudin, de Legrand du Saulle, de Marcé, de R. de Krafft-Ebing ; enfin, notre confrère adoptant la classification de M. Magnan, range les malades atteintes de folie puerpérale dans le groupe spécial d'aliénés appelés les héréditaires dégénérés, et il donne un exposé sommaire des signes principaux et caractéristiques de ce genre de folie.

Des observations personnelles ou communiquées servent de documents complémentaires ; elles sont précédées de quelques lignes faisant ressortir la tare héréditaire des malades qui en font le sujet.

Les conclusions suivantes terminent la thèse :

Pendant qu'elle accomplit les devoirs de la maternité, on peut observer chez la femme des accès délirants.

Ces accès peuvent éclater durant la grossesse, ou survenir après les couches, ou pendant la lactation.

L'état puerpéral n'agit, dans ce cas, qu'à titre de cause déterminante.

La tare héréditaire, la prédisposition morbide, constituent le fond même sur lequel se développent les manifestations vésaniques.

La folie puerpérale est donc, non pas une espèce pathologique, mais un aspect délirant de la dégénérescence mentale.

Tel est le résumé succinct de cette thèse, dans laquelle l'auteur fait preuve d'un remarquable sens clinique, qui s'allie d'une façon heureuse à de solides études médicales et philosophiques.

©BIUM

Etudiante de nationalité russe, Mme de Gorsky est venue en France pour y suivre les leçons des maîtres et demander à notre Faculté cette consécration scientifique du doctorat, dont la valeur est justement appréciée à l'étranger. Devenue notre confrère, son ambition s'est accrue. Elle désire augmenter ses acquisitions scientifiques de psychiatrie en prenant une part active aux travaux si instructifs de votre société. La commission dont je suis le rapporteur est convaincue qu'elle saura s'en rendre digne, et que, dans la mesure de ses forces, elle contribuera à porter, par de là nos frontières, la haute renommée de vos débats. En conséquence, Messieurs, votre commission vous propose, à l'unanimité, de décerner à Mme Zénaïde de Gorsky le titre de membre associé étranger qu'elle sollicite de votre bienveillance.

A la suite de la lecture de ce rapport, Mme de Gorsky est, à la majorité des voix, nommée membre associé étranger de la Société.

Congrès international de médecine mentale de 1889.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL dit que tout le monde est d'accord sur l'opportunité d'organiser un Congrès de médecine mentale en 1889, à Paris, à l'occasion de l'Exposition universelle. Il estime en conséquence que l'heure est venue de s'occuper de former le Comité d'organisation.

A la suite d'un échange d'observations, la Société décide que ce Comité sera composé des membres du bureau actuel, et de quatre autres membres nommés au scrutin.

Il est procédé, séance tenante, à ce scrutin qui donne les résultats suivants :

M. Blanche obtient, sur 36 votants, 31 voix, M. Motet 30, M. Magnan 22, M. Ball 21.

En conséquence, le Comité d'organisation du Congrès de médecine mentale, qui doit se tenir à Paris en 1889, est ainsi composé :

MM. Falret, Cotard, Ritti, Charpentier, Paul Garnier et Aug. Voisin, membres du bureau, auxquels sont adjoints : MM. Ball, Blanche, Magnan et Motet.

©BIUM

Les dangers de l'hypnotisme.

M. SÉGLAS. — Mme P..., née R..., âgée de trente-huit ans, se présente à la consultation externe de la Salpêtrière le 31 août 1888.

Antécédents héréditaires. — *Mère* : nerveuse sans attaques, souffrait souvent de ses nerfs « qui se nouaient sur l'estomac ». Plusieurs personnes de sa famille présentaient les mêmes symptômes.

Antécédents personnels. — Née à sept mois : développement normal, mais santé toujours faible ; apprenait bien à l'école ; pas de maladies nerveuses de l'enfance ; aurait eu deux fièvres typhoïdes (?), à quatre ans et à quatorze ans. Menstruation à quatorze ans ; toujours sujette aux crampes d'estomac dès l'âge de sept ans ; parfois elle se trouvait mal et tombait comme en défaillance ; deux crises de nerfs avec mouvements convulsifs, sans cause connue, à dix-huit ans et à vingt ans.

Le 7 août 1888, se trouvant à la fête d'Aubervilliers, Mme P... est entrée dans la baraque d'un magnétiseur. Elle a d'abord assisté à des tentatives d'hypnotisme faites sur d'autres personnes et ce qui l'a le plus impressionnée, c'est de les voir en état de catalepsie. Aussi n'osa-t-elle pas se faire endormir de suite, elle était d'ailleurs avec son mari. Mais elle revint le lendemain, sans son mari, avec d'autres ouvrières et cette fois voulut se faire hypnotiser. Le magnétiseur voulut l'endormir par la fixation du regard : jamais, dit-elle, elle n'a dormi et prétend avoir toujours eu conscience de ce qui se passait autour d'elle. Au lieu de dormir, elle se sentait devenir raide, ne pouvait plus remuer : deux fois ses yeux ont tourné et elle est même tombée une fois à la renverse. On la tirait de cet état en lui soufflant sur les yeux. Elle est retournée chez le magnétiseur cinq fois en trois semaines ; c'était plus fort qu'elle : toujours les choses se sont passées de même. La première fois, le magnétiseur a cru qu'elle dormait et même comme elle ne sortait pas de l'état où l'avaient plongée les tentatives d'hypnotisme, il a dit qu'elle était plus forte que lui. Les autres fois elle l'a désillusionné en lui disant qu'elle n'avait jamais dormi ; il a répondu qu'il

©BIUM

le savait bien mais que peu lui importait, parce qu'il agissait sur elle par suggestion mentale. Il a d'ailleurs voulu lui faire des suggestions ; il lui a dit qu'il allait la brûler avec une lame de couteau. Elle n'a pas senti de brûlure, dit-elle ; mais elle avait très peur cependant du couteau et cela a provoqué les raideurs dont nous avons déjà parlé. Il lui dit aussi « que de loin comme de près elle ne ferait que ce qu'il voudrait, quand même elle ne le voudrait pas ». Il aurait encore dit à d'autres personnes, qui le répétèrent à la malade, « qu'elle était un sujet remarquable et que si elle n'était pas mariée, il l'emmènerait avec lui. »

Pendant toute cette période, et dès sa première visite, la malade devint très triste, se figurant toujours être sous la domination du magnétiseur. Elle travaillait encore un peu, mais très mal ; elle n'avait plus de goût à rien, elle ne vivait plus. Ses idées s'embrouillaient ; elle ne savait plus compter, elle ne pouvait plus penser à rien et ne songeait qu'à s'en aller. Elle ne mangeait presque plus. Pendant ce temps elle eut deux crises de raideurs. Enfin un jour elle partit subitement de chez elle et s'en alla à Vincennes rejoindre le magnétiseur chez lequel elle resta deux jours, au bout desquels, devant la responsabilité qu'il encourait, il lui conseilla de rentrer chez elle. Le mari de la malade avait d'ailleurs déposé une plainte chez le commissaire de police. Toute la nuit qui suivit sa rentrée et toute la matinée du lendemain, elle eut des attaques. Son mari la fit alors entrer à l'hôpital de Saint-Denis, où elle est restée huit jours.

Là on aurait, à ce qu'elle raconte, cru qu'elle dormait. On lui appuyait sur la tête et elle tombait dans le même état que chez le magnétiseur : on lui faisait des suggestions auxquelles elle obéissait, quoique ne dormant pas; mais, dit-elle, sa volonté était annihilée. Cependant une fois, comme on lui disait d'empoisonner un des médecins, elle refusa d'obéir. Elle assure n'avoir jamais dormi : d'un autre côté, les attaques de raideurs, qui se présentaient trois ou quatre fois par jour, devenant de plus en plus fortes, le mari la fit sortir et l'amena à la Salpêtrière.

Elle entre dans la salle des consultations, soutenue

©BIUM

par son mari et marchant à petits pas les yeux fermés, comme une somnambule ou plutôt comme une aveugle. Elle ne se souvient pas de tout cela, mais sait seulement qu'elle était très impressionnée. Elle ne sort de cet état que pour tomber dans des sortes de crises, que provoque d'ailleurs le moindre attouchement ou la moindre parole qu'on lui adresse. Tout d'un coup, elle se raidit dans l'extension. Cette raideur porte surtout sur les muscles du tronc, du cou et des bras, moins aux jambes, pas de chute. La pression des muscles ou des nerfs (nerf cubital), le choc des tendons pas plus que l'excitation de la peau n'augmentent cette raideur, d'ailleurs peu accentuée. On peut la vaincre assez facilement et placer les membres supérieurs dans différentes attitudes, dans lesquelles la malade s'immobilise comme si elle était en catalepsie. Mais à ce moment elle rougit, et semble faire manifestement des efforts pour garder la position qu'on donne à ses membres, qui sont d'ailleurs toujours plus ou moins raides. Les attitudes données aux membres n'influent pas sur l'expression de la physionomie. Pendant tout ce temps, les paupières restent fermées et sont agitées d'un clignotement continuel. Cet état de raideur dure environ une à deux minutes, pour recommencer après un court intervalle pendant lequel la malade reste toujours cependant immobile et les yeux fermés. Dans cet état on peut en insistant obtenir d'elle quelques réponses ; mais elle parle avec effort par phrases entrecoupées. Ainsi elle nous dit que « le magnétiseur.... lui a fait peur.... en lui disant..... qu'il allait la brûler..... et il l'a fait tomber..... comme.... en..... catalepsie..... avec..... une lame de couteau..... sur les mains. » Et à ces paroles elle se raidit dans une espèce de pose cataleptiforme. Il en est de même lorsqu'elle dit : « Ce qui m'a fait..... encore..... le plus peur..... c'est de voir... la catalepsie. » Elle nous dit aussi que quand les raideurs la prennent, elle souffre beaucoup du cœur et du dos.

Après avoir observé la malade un certain temps, je dis devant elle d'un ton très convaincu que je connaissais des moyens certains pour remédier à cet état et le faire cesser presque instantanément. Alors, au moment où la malade commençait à se raidir, je lui soufflai

©BIUM

brusquement sur les yeux. La raideur disparut aussitôt et la malade ouvrit les yeux. La même chose ayant réussi à plusieurs reprises et voyant que la malade était suggestible à *l'état de veille*, je lui fis plusieurs suggestions, lui disant qu'elle n'avait plus rien à craindre du magnétiseur, qu'elle était désormais réveillée, que ses crises disparaîtraient très vite, surtout si elle prenait régulièrement le traitement que je lui prescrivais (vin de gentiane, teinture de mars tartarisée, douches froides).

Ces suggestions à l'état de veille produisirent un effet, sinon complet, au moins satisfaisant; car la malade n'eut plus peur de l'action du magnétiseur, fut plus calme, moins triste; les attaques aussi pendant huit jours diminuèrent de fréquence, de longueur et d'intensité. Elles se réduisaient à un simple sentiment de défaillance mais sans raideurs.

L'amélioration survenue dans l'état mental se maintint; mais au bout de ces huit jours les attaques se reproduisirent comme devant, constituant désormais le point saillant de la maladie.

Toutes les attaques sont précédées d'une aura : battements de cœur, douleur sous le sein gauche, puis constriction à la gorge. Elles se présentent sous deux formes ne différant guère qu'au point de vue de l'intensité : 1° La malade, debout, lève la tête, se courbe légèrement en arrière ; les bras et les jambes se raidissent légèrement dans l'extension : pas de chute. Cette raideur est assez peu accentuée et prédomine aux membres supérieurs. On peut la vaincre très facilement et si l'on place les membres dans d'autres positions, ils s'y maintiennent toujours légèrement raides. L'expression de la physionomie ne correspond pas aux attitudes que l'on donne aux membres. Pas d'hyperexcitabilité neuro ni cutano-musculaire. Les yeux sont fermés ; il y a des battements continuels des paupières. La malade entend ce qu'on lui dit, par exemple si on lui dit de marcher, elle marche comme une aveugle, gardant la position imprimée à ses bras.

2° D'autres fois, l'attaque se présente sous la forme suivante. La malade debout, se courbe en arrière et forme un arc de cercle très accentué : elle se raidit dans l'extension, les muscles du cou, du tronc, des bras,

©BIUM

des jambes sont absolument contracturés et on ne peut vaincre leur résistance même en déployant une certaine force. Ils sont le siège de petites secousses. La face rougit, les yeux sont fermés, les paupières animées de battements répétés. Il n'y a pas d'hyperexcitabilité neuro ou cutano-musculaire. La malaxation des muscles diminue la contracture et permet alors de donner aux membres une nouvelle position, qu'ils conservent comme dans les attaques du premier genre.

Toutes ces attaques peuvent cesser par le souffle sur les yeux et aussi par la suggestion, surtout celles de la première espèce. Après l'attaque la malade est très fatiguée, brisée : cela n'existait pas au début. Quoiqu'elle prétende être consciente, elle ne se rappelle que très confusément ce qui s'est passé pendant l'attaque.

Ces attaques sont spontanées ou provoquées. Au début, un attouchement quelconque, un mot les provoquaient : aujourd'hui il faut pour cela l'excitation de certaines zones. Celle dont l'excitation amène le plus sûrement l'attaque est la zone sous-mammaire gauche, puis une zone intra scapulaire du côté gauche de l'épine, puis le clou ; il y a aussi deux zones ovariennes, une droite, l'autre gauche, mais plutôt hyperesthésiques qu'hystérogènes. D'ailleurs, même en pressant sur les dernières, si l'on a soin en même temps de faire à la malade des suggestions appropriées, l'attaque ne se produit pas. Souvent aussi elle peut éviter ou retarder l'attaque en résistant à l'aura, depuis que nous lui avons dit que cela était possible. La suggestion agit aussi sur les zones douloureuses, car à un certain moment, à la suite de nos suggestions, il n'existait plus que la zone sous mammaire gauche. Mais pour cela comme pour les attaques, l'effet des suggestions fut passager et les symptômes morbides ne tardèrent pas à reparaître, d'autant plus que nous ne voyons pas la malade d'une façon suivie. Nous ajouterons que la sensibilité générale paraît à peu près intacte : peut-être y a-t-il une légère diminution de la sensibilité à droite; le sens musculaire est normal. La vision des couleurs est conservée : le champ visuel n'a pu être examiné, la malade tombant en attaque sitôt qu'elle fixe un objet.

©BIUM

Cette observation me semble renfermer plusieurs particularités intéressantes.

Elle montre une fois de plus que si l'hypnotisme ne crée pas de toutes pièces l'hystérie, il peut en être au moins l'agent révélateur ou en aggraver les manifestations somatiques et psychiques. Ce fait est doublement évident chez notre malade, qui est tombée dans un état mental particulier, et dont les attaques ont débuté à la suite de tentatives d'hypnotisme et revêtu, par l'effet d'un phénomène d'auto-suggestion, un caractère spécial leur donnant l'apparence de certains états hypnotiques. Nous croyons d'ailleurs avoir suffisamment montré par les détails cités au cours de l'observation que notre malade n'a jamais dormi et que ce pseudo-hypnotisme ne consiste en réalité qu'en des attaques hystériques d'une allure un peu particulière due aux circonstances dans lesquelles elles sont apparues. La confusion était d'autant plus possible que la malade est très suggestible même à l'état de veille. D'un autre côté, si l'emploi de la suggestion à l'état de veille peut avoir ici quelque action curative, il est hors de doute pour nous que dans ce cas particulier toute tentative d'hypnotisme, dans quelque but qu'elle soit faite, est formellement contre-indiquée (1). Ces diverses considérations, ainsi que la fugue de la malade hors de son domicile, nous prouvent une fois de plus que si dans quelques cas, en général assez rares, l'hypnotisme peut rendre quelques services lorsqu'il est employé par des médecins instruits et expérimentés, il ne peut être que nuisible entre les mains de gens ignorants et peu scrupuleux, et de charlatans dont les manœuvres, constituant un véritable danger pour la santé publique, ne sauraient être trop sévèrement réprimées (2).

M. M. Briand. — J'ai actuellement dans mon service une malade dont l'histoire est tellement semblable à celle dont vient de nous entretenir M. Séglas, qu'on pourrait croire qu'il s'agit de la même personne. C'est une jeune femme qui a été prise de manifestations hys-

(1) Gilles de la Tourette. *L'hypnotisme* 1887.

(2) J. Séglas. *Thérapeutique suggestive, Archiv. de neurologie*, novembre 1885. Binet et Féré. *Magnétisme animal*, 1887.

©BIUM

tériques, attaques convulsives et excitation avec hallucinations terrifiantes, à la suite de pratiques intempestives d'hypnotisme de la part d'un magnétiseur qui l'endormait depuis quelques jours. L'observation d'une autre malade du service, frappée d'un délire mélancolique avec alternatives d'excitation et de dépression, à la suite des mêmes pratiques, a été publiée par M. Lwoff, interne de Villejuif. Cette malade a été arrêtée au moment où, sous l'influence d'hallucinations, elle se précipitait sous les roues d'un tramway.

M. Aug. Voisin a assisté aux représentations de Donato et il a remarqué chez les sujets ordinaires des expériences publiques, un état de véritable cachexie nerveuse.

Classification des maladies mentales (suite).

M. Auguste Voisin. — Notre collègue, M. Garnier, nous a dit, dans son rapport, qu'il y avait lieu de recourir à une classification mixte composée de ces quatre éléments : l'anatomie, l'étiologie, la symptomatologie et l'évolution morbide.

J'ai été très heureux de constater ainsi, en l'entendant, que mon excellent collègue partageait l'opinion que j'énonçais dans mes leçons de 1867 dans les termes suivants (1) :

« Toute classification de pathologie mentale, qui « voudra être rationnelle, devra être établie sur l'étiolo- « gie, la pathogénie, la clinique et l'anatomie patho- « logique. »

Mais je regrette que M. Garnier n'ait pas : 1° plus formellement insisté sur la nécessité de fonder le « classement de toutes les formes de folie sur le caractère des lésions anatomiques », et ne nous ait parlé de cette doctrine que comme une espérance lointaine ; 2° je regrette aussi que la classification que nous propose M. Garnier renferme encore comme entités morbides la manie et la mélancolie.

1° Quant au premier point, je considère que la re-

(1) *Union médicale*, 1867 et *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 1876.

©BIUM

cherche des différents états organiques qui constituent les maladies mentales doit être absolument notre objectif, et que toute classification doit être aujourd'hui fondée sur ces données si bien formulées par mon maître, M. Moreau (de Tours), à savoir que « toute maladie nervoso-mentale est précédée de modifications survenues dans nos organes ».

Les nombreuses autopsies d'aliénés par vésanie que j'ai faites depuis trente ans m'ont, en particulier, appris que la congestion cérébro-méningée était excessivement fréquente, soit que les malades mourussent dans le début, soit qu'ils succombassent à une période avancée de leur affection.

Dans le premier cas (états aigus), les méninges et la substance corticale, ainsi que certains centres, sont plus ou moins vascularisés et l'hyperémie est générale ou partielle, suivant les symptômes observés. Dans ces états aigus, il m'est arrivé de faire l'autopsie de malades qui mouraient comme sidérés en moins d'une heure et chez lesquels je constatais les caractères de l'apoplexie capillaire. Chez ces malades, les méninges n'avaient pas encore perdu leur transparence ni leur minceur et, ainsi que Parchappe l'a si bien décrit, c'est principalement à la convexité des hémisphères que l'on observait ces lésions.

Dans le deuxième cas (aliénations de longue durée ou chroniques), les lésions congestives des méninges encéphaliques et de la substance corticale constituent la règle ; mais alors ces membranes sont excessivement épaissies, opalines, elles résistent au tiraillement qu'on exerce ; leurs vaisseaux sont dilatés et gorgés de sang et la substance corticale, à laquelle elles n'adhèrent jamais, est le siège d'un piqueté considérable et de houppes vasculaires dilatées. Ainsi que dans les formes aiguës, ces lésions occupent presque exclusivement la convexité des hémisphères et les lobes frontaux et pariétaux, et même dans ces lobes, certaines circonvolutions sont atteintes davantage que d'autres.

De plus, ainsi que pour les cas aigus, la base et les centres sont bien moins fréquemment altérés.

C'est surtout dans l'étude comparative des symptômes et de ces lésions macroscopiques dont le microscope

©BIUM

vient encore révéler l'intensité au milieu des cellules et des fibres nerveuses, qu'il faut, je pense, chercher la physiologie pathologique des hallucinations et du délire. L'avenir appartient à ces recherches, à l'élucidation desquelles le temps me permettra, je l'espère, d'apporter le tribut de mes observations nombreuses.

Voici quelques résumés d'observations que je prends comme exemples :

Une femme de trente-sept ans est prise de folie lypémaniaque avec hallucinations, à la suite de chagrins. Elle succombe au bout de dix ans à un volvulus, après deux jours de maladie. L'autopsie m'a révélé une hyperémie considérable des méninges des lobes frontaux et pariétaux, qui étaient très épaisses, opalescentes et non adhérentes à la substance corticale fortement vascularisée.

Une autre de trente-cinq ans est entrée dans mon service, en 1881, dans un état de folie lypémaniaque avec hallucinations de l'ouïe, et est morte en 1885 de pneumonie simple. Il existait à l'autopsie de la congestion cérébro-méningée de toute la moitié antérieure du cerveau ; les méninges étaient très épaissies et opalescentes.

Une nommée A..., âgée de quarante-trois ans, est entrée en 1876, pour une folie lypémaniaque accompagnée d'hallucinations de l'ouïe.

Elle a succombé à une pneumonie simple.

Les méninges étaient opalines, très épaissies dans les régions frontales et pariétales, le long des scissures de Sylvius et de Rolando, et elles n'adhéraient en aucun point.

Une nommée R..., hallucinée de tout le corps depuis dix ans, succomba en deux jours à une pneumonie simple.

Les méninges de la convexité des hémisphères (régions frontales, pariétales) et des lobes sphénoïdaux, étaient considérablement épaissies, vascularisées et opalines. La substance corticale était très hyperémiée dans ces mêmes parties; pas d'adhérences.

Je possède un grand nombre d'observations identiques que je pense publier ultérieurement.

Dans une autre forme de folie vésanique, l'anémie,

©BIUM

dont les conséquences dyscrasiques sont si importantes, s'accompagne encore de modifications organiques qui sont du domaine de l'anatomie pathologique. De même pour la folie liée à l'artério-sclérose, aux altérations du sang, aux intoxications, aux diathèses, etc., etc.

C'est dans la psychologie et l'anatomie pathologique réunies à l'étiologie et à la clinique, ou si vous voulez à l'évolution morbide, que doivent consister désormais nos travaux.

2° Sur le second point, j'ai dit regretter que la classification que nous présentait M. Garnier renfermât encore la manie et la mélancolie.

Ce ne sont en effet, pour moi, que des formes symptomatiques dont les conditions pathogéniques peuvent être absolument différentes, qui peuvent être causées par des modifications organiques absolument opposées, par de la congestion, par de l'anémie, par des états réflexes, par des toxiques, etc. ; et dont par conséquent le traitement varie suivant ces diverses causes.

Voici un individu devenu mélancolique à la suite d'insolation ; en voici un autre pris de mélancolie à la suite de chagrins et de veilles ; d'autres, à la suite d'attaques d'épilepsie, d'excès alcooliques ; celui-ci est au début de la paralysie générale ; chez cet autre, la maladie est sympathique et consécutive à des lésions viscérales ; chez d'autres en rapport avec la puerpéralité, etc., etc. Rangerez-vous ces malades dans une même entité ? certainement non, lorsque vous aurez à les traiter. Eh bien ! pourquoi le faire dans une classification ?

Il en est de même de la manie dont la pathogénie est fréquemment la même que pour la mélancolie. Le progrès consiste à classer ces états d'après leur nature et non pas d'après leur forme.

En outre, nous arriverons à localiser les hallucinations, ce grand facteur de l'aliénation mentale, dans telle et telle partie de la couche corticale et des centres, et nous aurons ainsi fait faire un grand pas à nos connaissances en pathologie mentale. C'est sur cette dernière pensée que je termine ma communication, convaincu que l'avenir est là.

M. Marandon de Montyel. — Ce n'est pas, Messieurs, pour me conformer à un usage banal ni pour

©BIUM

avoir l'occasion de vous parler de mon inexpérience, ce défaut qui sous-entend toujours une jeunesse au moins relative, jamais désagréable à rappeler, qu'au début de cette communication je sollicite votre entière bienveillance. Je ne me serais certes pas enhardi à intervenir dans ce débat, gros de difficultés et de périls, qui, je le crains, ne donnera pas plus de résultats définitifs que celui de 1861 sur le même sujet, si je n'avais pas à m'acquitter d'une dette de vive reconnaissance vis-à-vis d'un maître à qui je dois beaucoup, bien que je ne l'aie point connu, pas même de vue : je veux parler de Morel. Peu d'hommes ont eu sur un autre une influence aussi profonde que celle exercée sur moi par l'illustre aliéniste de St-Yon, je n'hésite pas à lui donner ce qualificatif, avec ses trois ouvrages, à mes yeux trois chefs-d'œuvre : *les Leçons cliniques, les Dégénérescences, le Traité des maladies mentales.* Je viens donc aujourd'hui, moins soucieux de mes forces qu'entraîné par ma gratitude, saluer cette grande figure et honorer sa mémoire. Pour ce je m'efforcerai de démontrer que Morel, dont l'esprit fut si français par l'étendue des généralisations alliée à la précision des détails et à la clarté du style, nous avait indiqué par une vue, que je dirai avec le professeur Ball presque de génie, la voie de l'avenir, dans laquelle nous avons eu mille fois tort de ne pas nous engager plus franchement ; je m'efforcerai aussi d'établir que tous les grands progrès réalisés depuis vingt-cinq ans sont dus à sa méthode qu'on critiquait, qu'on condamnait même, mais dont, par bonheur, on subissait inconsciemment l'action bienfaisante, et enfin qu'une classification purement étiologique des maladies mentales non seulement est possible dans l'état actuel de nos connaissances, mais est la seule possible.

Buchez, dans son très remarquable rapport sur le livre de Morel, après avoir résumé les classifications enfantées en France depuis Pinel, constate qu'elles relèvent, en définitive, de quatre méthodes : l'une qui procède par la simple observation des formes apparentes ; l'autre qui conclut des lésions anatomiques ; une troisième qui envisage les troubles fonctionnels ou intellectuels et moraux, et enfin une quatrième, qualifiée par lui de pathogénique, qui se base sur les prédisposi-

©BIUM

tions organiques causales présidant au début et aux diverses transformations de la maladie.

Des deux bases de classification, la fonction et le symptôme, l'une est aussi fragile que l'autre. En effet, nous n'avons aucune notion sur les divers organes qui président aux manifestations variées de l'intellect, bien plus, aucune certitude sur ces manifestations elles-mêmes. Puis la symptomatologie, dans un même mal, subit trop l'influence de l'organisme atteint et revêt des aspects souvent trop opposés chez le même sujet pour autoriser des classements définitifs. Arrivons donc de suite à l'anatomie pathologique et à l'étiologie, ces deux principes naturels de classifications, appelées un jour, quand notre science sera dans son épanouissement, à se compléter. En attendant cette fusion, l'élément étiologique, du moins en aliénation mentale, semble supérieur à l'élément anatomo-pathologique, par l'ignorance, qui sera toujours la nôtre, du mécanisme de formation des phénomènes psychiques à l'état de santé et à l'état de maladie. Tandis que dans les affections du corps l'anatomie pathologique d'un organe explique ses perturbations, l'anatomie pathologique de la folie n'expliquera jamais les perturbations mentales. D'ailleurs, pour le moment, nous n'avons même pas cet embarras du choix, celle-ci naissant à peine. Aussi, seul, M. Luys a-t-il été assez hardi pour écrire un traité complet des maladies mentales groupées d'après elle. Mais pour montrer combien toute tentative de ce genre est prématurée, il me suffira de rappeler que le point de départ du savant médecin de la Charité est une hypothèse.

Nous voilà acculés par la logique et la nécessité à la classification étiologique. Des quatre méthodes dégagées par Buchez, elle seule subsiste. Mais pardon, Messieurs, j'oubliais que depuis Buchez nous avons progressé et qu'à notre génération était réservée la gloire de ressusciter les classifications mixtes auxquelles nos pères, gens d'un raisonnement serré, partant d'un esprit peu souple et pauvre en expédients, n'avaient pas songé. C'est une classification de cette nature que votre commission, par l'organe de M. Garnier, vous propose d'envoyer à Anvers.

La classification mixte, Messieurs, est avant tout, et

©BIUM

cela ressort des paroles mêmes de votre rapporteur, un aveu d'impuissance et d'indigence, un vêtement d'Arlequin composé de bribes de toutes les époques et de toutes les couleurs, ramassées çà et là. Mais avant de discuter sérieusement combien il conviendrait de mixturer de drachmes de symptomatologie, d'onces d'étiologie, de grains d'évolution morbide et de scrupules d'anatomie pathologique pour confectionner une bonne classification mixte renouvelée de Galien et d'Arnold, faudrait-il au moins que nous fussions bien convaincus de la pénible nécessité où nous sommes de nous livrer à ce travail. Eh bien! même cette nécessité démontrée, je refuserai de m'y associer, car la classification mixte est la négation de toute logique et de tout esprit scientifique. J'aimerai mieux me résigner et patienter que m'octroyer une satisfaction factice par le recours à une combinaison aussi artificielle. Mais point n'est besoin de patience ni de résignation, car si la classification symptomatologique est un enfantillage, la classification fonctionnelle une rêverie, la classification anatomo-pathologique une impossibilité et la classification mixte un non-sens, la classification étiologique, la plus utile au point de vue clinique, est possible, en principe d'abord et en pratique ensuite.

En principe, on lui a opposé deux objections. La première formulée par Berthier est puérile, il s'agit de la difficulté d'obtenir des familles des renseignements exacts sur les causes; or, une des conséquences de la classification en question est précisément de rendre inutiles ces renseignements. En avons-nous besoin aujourd'hui pour diagnostiquer la folie épileptique? Non, pas même de constater les attaques. Forts de l'expérience de certains cas, nous certifions celles-ci, en clinique comme en médecine légale, par la constatation des conséquences mentales, avec la même assurance que nous affirmons la présence de la locomotive à la seule vue des wagons s'engouffrant sous un tunnel. La seconde, plus sérieuse en apparence, émise par Falret père, a été reprise par M. Garnier : ils ont insisté, l'un et l'autre, sur la multiplicité des causes dans chaque cas et sur la difficulté de distinguer la part de chacune. Cette objection, qu'on veuille le remarquer, signale une difficulté,

©BIUM

non une impossibilité. La vaincre serait la détruire. Nous espérons la vaincre.

Ainsi en principe, la classification étiologique est possible. D'ailleurs, n'est-ce pas aux fruits qu'on juge l'arbre et quels fruits plus beaux que l'influence, très souvent inconsciente, exercée par l'idée de Morel et les résultats qui lui sont dus. Avant 1860, à l'étranger comme en France, la symptomatologie et la fonction triomphent. Pinel et Esquirol sont partout en honneur; aucune place dans les classifications n'est accordée à l'élément étiologique, sauf peut-être aux toxiques, et encore! tandis qu'aujourd'hui il figure en grand, sinon exclusivement, dans toutes celles en renom. Une telle transformation se serait-elle opérée si l'idée de Morel n'avait pas été vraie et féconde? Les savants des deux mondes, en acceptant certains de ses types et certains de ses groupes, ont accordé au principe qui inspira son œuvre la plus belle et la plus indiscutable des consécrations. Il y a plus encore, Messieurs, il y a que cette influence n'a pas été stérile, il y a que les plus grands progrès réalisés en clinique depuis vingt-cinq ans dans notre spécialité, sont dus à la méthode étiologique. Ces progrès ont porté sur trois grandes classes de vésanies : les folies dégénératrices, toxiques et convulsives. Nous les connaissons, à ce point que leur diagnostic se tire du seul examen mental. Comment ce résultat brillant et encourageant aurait-il été conquis, si en dépit de nos querelles de doctrine, nous n'avions pas accepté, consciemment ou inconsciemment, la notion de la spécificité des délires dans leurs rapports avec leurs causes génératrices! Il est même remarquable que là seulement où nous avons accepté cette notion, notre science s'est perfectionnée. Un autre progrès considérable a été réalisé dans ces derniers temps par l'étude des délires multiples, si bien décrits par M. Magnan en 1880. Et n'est-ce pas justement des caractères spéciaux imprimés à chaque vésanie par ses origines que leur multiplicité se dégage et s'affirme? Sans eux, M. Pichon serait-il jamais parvenu dans cette remarquable observation, qui restera comme un modèle de fine analyse clinique, à isoler quatre délires différents chez un même malade? Puis, un autre ensemble d'états vésaniques,

©BIUM

se soustrayant à toute synthèse et à toute classification, mettait les esprits à la torture: d'aucuns les avaient érigés en autant d'entités morbides, sans se soucier de ce que le même malade les présentait tous successivement, voire simultanément. Il a suffi au médecin de Sainte-Anne de trouver leurs rapports avec la dégénérescence, c'est-à-dire de les rattacher à la cause qui les fomentait, et aussitôt la clarté a succédé aux ténèbres, l'ordre au désordre. Et je pourrais encore puiser à pleines mains dans vos travaux à tous, Messieurs, tant il est vrai que les pages les plus belles et les plus durables que vous ayez écrites, vous les devez à la méthode étiologique.

Il me reste à prouver mon dire, qu'en pratique une classification exclusivement étiologique des maladies mentales est possible dans l'état actuel de nos connaissances. Pourtant ne conviendrait-il pas d'abord de bien savoir ce qui est à classer, de s'entendre sur la valeur et la portée des mots : *maladies mentales?* Si, car une grande partie des difficultés de la classification des vésanies sont venues de l'omission de les délimiter avec exactitude, à défaut de les définir. On a, en effet, confondu avec elles les *symptômes mentaux* qui en diffèrent essentiellement, et après avoir ainsi réuni des états très disparates, sans autre similitude que leur intellectivité, on a été tout surpris de l'impossibilité de les classer d'après un principe naturel. J'appelle symptômes mentaux les troubles psychiques éclatant à l'occasion des pyrexies, de la sénilité ou des lésions organiques du cerveau autres que la paralysie générale qui est, elle, je l'établirai dans un moment, une vésanie composée à élément congestif. Il est curieux qu'il ne soit jamais venu à l'esprit d'aucun aliéniste d'assimiler les délires fébriles aux maladies mentales, ni d'essayer de les introduire dans ses groupements, et que, par contre, presque tous, en France et à l'étranger, aient déclaré en principe les démences séniles ou dites organiques des vésanies et se soient ingéniés à les ranger à côté des manies et des lypémanies. Bizarre contradiction! comme si la perturbation intellectuelle dite organique n'est pas un symptôme mental de la tumeur ou de l'hémorrhagie cérébrales, au même titre

©BIUM

que le délire des pyrexies est un symptôme mental de la fièvre ou du poison qui entretient celle-ci. Les déments comme les délirants fébriles ne trouveront jamais leur place dans une classification naturelle de la folie, par la raison supérieure et convaincante que les troubles psychiques, chez les uns aussi bien que chez les autres, proviennent d'un état organique accidentel. Or Morel a posé une loi universellement vraie en pathologie mentale. Il a écrit : la folie résulte toujours d'une prédisposition organique antérieure. Oui, Messieurs, jamais on ne devient tout d'un coup aliéné par accident; tout trouble psychique survenant dans ces conditions est un symptôme mental, non une vésanie. Un exemple vulgaire permettra de saisir ma pensée : l'ivresse est un symptôme mental, l'alcoolisme est une vésanie. Le premier venu est libre de s'enivrer; n'est pas alcoolique qui veut, s'est écrié Lasègue. Et quelle différence y a-t-il entre l'ivrogne et l'alcoolique? Précisément cette grande chose que Morel appelait la prédisposition organique antérieure. Eh bien! cet homme non prédisposé qui a pu, précisément à cause de cela, boire sa vie durant sans jamais s'alcooliser, se sera donné par là des artères athéromateuses et sera frappé sur le tard d'une attaque d'apoplexie qui le laissera hémiplégique et dément. Et c'est alors que vous en ferez un aliéné, quand son histoire sera là, vous démontrant son incapacité à le devenir. Prenez le cardiaque dont le cerveau par suite d'embolie est atteint de ramollissement, le cancereux dont la diathèse s'est localisée dans cet organe, vous y trouverez encore les mêmes conditions de fortuité. Tous les cardiaques et tous les cancéreux sont exposés à ces accidents. Quant à la sénilité intellectuelle, elle n'est que l'usure de la cellule cérébrale. Est-il logique de voir une vésanie dans cette usure? Certes non. Ces considérations ont déterminé ma conviction. Je crois en conséquence que si les délires fébriles sont avec raison décrits à l'occasion des pyrexies dont ils sont les symptômes mentaux, également la démence sénile doit l'être avec la sénilité et les démences dites organiques avec les lésions organiques du cerveau. Ce ne sont pas des maladies mentales, nous n'aurons pas à les classer.

©BIUM

Il y a encore un autre état intellectuel morbide qu'on s'efforce d'admettre dans les classifications sans jamais arriver bien entendu, à lui trouver sa place, je veux désigner la démence consécutive. Morel, parjure à son principe, est tombé dans cette grosse erreur, d'où est sorti son sixième groupe. Messieurs, l'aliéniste qui, dans une classification naturelle des maladies mentales, essaie d'introduire la démence consécutive, ressemble au nosologiste qui, dans une classification naturelle des maladies du corps, essayerait d'introduire la mort. En effet, de même que celle-ci est l'anéantissement des forces dites vitales à la suite d'une affection physique, de même celle-là est l'anéantissement des forces dites intellectuelles à la suite d'une aliénation mentale. Elles sont l'une et l'autre des négations et présentent entre elles une complète analogie. C'est à la suite de chaque maladie physique que les médecins décrivent comment on en meurt; c'est à la suite de chaque vésanie que les aliénistes doivent décrire comment on en devient dément.

Les maladies mentales ainsi délimitées, reste à les classer d'après la méthode étiologique. Le point de départ de Morel et aussi le mien est que toute folie, je l'ai déjà rappelé, résulte d'une prédisposition organique antérieure. S'il était prouvé que les vésanies frappent le premier venu, qu'elles n'exigent pas pour apparaître, ou une longue préparation héréditaire de l'organisme, ou un ensemble de circonstances exceptionnelles dans la vie d'un seul suppléant cette longue préparation, il serait inutile de poursuivre notre démonstration; mais cela n'est pas établi, car l'étiologie de la folie, encore en honneur, m'a tout l'air d'être, permettez-moi cette expression, une étiologie de commères. Quand je parcours la longue liste des causes inscrites aux statistiques officielles ou particulières, que j'y vois figurer les moindres accidents moraux de la vie, depuis la mort d'un parent jusqu'aux pertes d'argent, en passant par les déceptions d'amour, je suis surpris de rencontrer autour de moi des hommes sains d'esprit et de n'être pas moi-même un aliéné. Songeant à la somme énorme de misères et de larmes entassées depuis bientôt huit mille ans, je m'étonne à bon droit, si elles sont réelle-

©BIUM

ment des causes de folie, qu'elles n'aient pas suffi à anéantir le peu de raison dont était douée l'humanité. Et pourtant, cette raison, à travers toutes ces misères et toutes ces larmes qu'on affirme si pernicieuses à son expansion, même à son existence, cette raison a de plus en plus grandi et s'est de plus en plus fortifiée. A en juger par ce développement progressif, on serait certes porté à placer l'adversité au rang des fortifiants.

A mon avis, Messieurs, on aurait mille fois raison; l'adversité pour les esprits normaux est un tonique ; elle n'est un débilitant que pour les esprits anormaux. L'émotivité, en effet, est un mode psychique inférieur ; à l'état physiologique, son rôle, par les jouissances et les souffrances qu'elle procure, est d'être, comme la sensation, un mobile d'action, rien de plus; toutes les fois qu'elle s'exagère et domine, il y a déjà état pathologique. Georget était dans le vrai, il y a plus de cinquante ans, en niant les folies d'origine morale. Voilà éliminée toute la grande classe des prétendues causes de *folie improvisée*, et autant d'inquiétudes en moins pour M. Garnier sur la multiplicité des facteurs qui interviennent dans chaque cas.

Ainsi, sans conteste, conformément à notre principe de classification, pour devenir aliéné il faut être prédisposé. Cette prédisposition s'acquiert le plus souvent par hérédité accumulée; nous sommes tous d'accord sur ce point. Mais à côté des prédisposés héréditaires, il en est une autre catégorie. Si la folie n'est jamais accidentelle, la prédisposition qui l'engendre l'est parfois : la conception durant l'ivresse, une grossesse tourmentée, une maladie du fœtus, une chute sur la tête ou une pyrexie durant l'enfance la développent. Or, il importe de bien savoir que l'origine héréditaire ou acquise de la prédisposition ne mérite pas considération, attendu que, dans la classification étiologique des maladies mentales, l'important est l'intensité de cette prédisposition, quelle que soit sa provenance.

En effet, la prédisposition, constituée par hérédité ou acquisition, sera, dans ces deux éventualités indifféremment, ou suffisante ou insuffisante à produire la folie. Si elle est suffisante, soit par sa seule évolution, soit à l'occasion d'un accident banal, sans action sur les

©BIUM

organisations cérébrales intactes, la maladie éclate et évolue. Si au contraire elle est insuffisante, elle exigera le concours d'une cause adjuvante puissante qui, dans le développement et la formation du délire, prendra une part active, par exemple une névrose ou une intoxication. Nous avons ainsi deux grandes divisions étiologiques constituant les *folies simples* et les *folies composées*. Etudions-les de plus près.

Les *folies simples* correspondent aux aliénations ou folies héréditaires de Morel. Cet aliéniste, vous le savez, les subdivisa en quatre classes échelonnées des simples anomalies dans la sphère des facultés intellectuelles et affectives à l'imbécillité et à l'idiotie. Or, ces quatre classes sont précisément hiérarchisées d'après l'intentensité de la prédisposition, l'accumulation de celle-ci d'une génération à l'autre conduisant d'une classe inférieure à une classe supérieure et aboutissant en fin de compte à l'anéantissement de l'intellect par l'idiotie et à la disparition de l'espèce par la stérilité. Cette marche progressive de la névropathie à travers le temps à l'aide des milieux et surtout des croisements, avec l'hérédité pour moyen, la deséquilibration mentale pour point de départ et la dégénérescence physico-psychique pour point d'arrivée, constitue une des plus belles conquêtes de la psychiatrie. Toute cette partie de l'œuvre de Morel est du granit, la dent du temps s'y brisera comme celle de l'envie.

Mais il n'est jamais donné à un homme de découvrir la vérité complète. Morel eut le tort de généraliser la cause la plus tenace et la plus fréquente des perturbations qu'il décrivait avec un si rare talent; il érigea ses quatre classes en aliénations héréditaires. Cette erreur l'entraîna dans une autre plus grave ; il fut amené par elle à revêtir la transmission de famille du pouvoir d'imprimer des caractères spéciaux aux maladies mentales et il formula ce principe, à mon sens, absolument erroné, dont les effets désastreux se poursuivent encore : la folie transmise par hérédité affecte une forme spéciale chez les descendants et une variété nouvelle est ainsi créée. Rien n'est plus faux. Les folies héréditaires ne se distinguent pas des autres en tant que folies héréditaires. Morel a omis ceux qui, selon l'exacte pa-

©BIUM

role de Lasègue, ont hérité d'eux-mêmes et ils sont passibles des mêmes anomalies. Une maladie intra-utérine infligera les mêmes caractères physiques et mentaux que l'hérédité, de telle sorte que ni l'aspect du corps, ni l'aspect de l'esprit ne permettront de distinguer la transmission de l'acquisition. La vérité clinique est que, dans les *folies simples*, l'état mental donne la mesure de l'*intensité* des causes qui les ont produites et que j'appellerai *causes simples*, jamais de leur *nature*. Aussi tous ceux qui ont cherché une symptomatologie spéciale pour chacune d'elles ne l'ont-ils pas trouvé et, par contre, les adversaires de l'aliéniste de Rouen ont-ils rencontré à foison des aliénés sans tare de famille, porteurs de tous les caractères des héréditaires. De là des négations et des critiques. Ce n'est pourtant pas la faute de la méthode étiologique si on n'a pas su distinguer que les causes dans les folies simples n'agissent que par leur intensité. Cette particularité, sur laquelle j'insiste, outre qu'elle répond à la réalité clinique, éclaire et simplifie les choses. Dans l'étude des folies simples, les seules en discussion pour l'instant, elle rend inutile l'étude des effets spéciaux de chaque cause en particulier et les remplace toutes par leur résultat : la prédisposition, de même qu'en mécanique on néglige les mille et une forces qui concourent à une action commune pour ne considérer que celle qui les contient toutes, la résultante.

Puisque la nature des causes simples n'est jamais en jeu, puisque leur *degré d'intensité* est tout, suivons la prédisposition de son minimum à son maximum. Son accumulation a pour conséquence la dégénérescence. La grande division des *folies simples* se subdivise ainsi en *folies simples proprement dites* où la prédisposition est à son minimum et en *folies simples dégénératives* où elle est à son maximum. Quelles sont, en effet, les causes de la dégénérescence? M. Magnan les a très clairement résumées, d'après les meilleurs cliniciens de cette Société, dans la séance du 28 juin 1886. L'influence héréditaire, d'après le médecin en chef de Sainte-Anne, aurait la plus large part, mais pas une part exclusive, car l'état des parents au moment de la conception, les affections du fœtus et les maladies du

©BIUM

jeune âge ont droit à la leur; voilà la vérité. Mais ces causes sont celles qu'on retrouve, quand on sait les chercher, à l'origine de toutes les folies simples. Celles-ci et la dégénérescence relèvent donc de la même étiologie, cette dernière n'étant qu'un degré de plus de la disposition organique qui engendre les premières.

Je n'ai pas à revenir, Messieurs, sur les signes physiques, intellectuels et moraux de la dégénérescence; la récente discussion sur ce sujet a tout mis en lumière. J'y ai trouvé la confirmation de ce que les faits m'avaient déjà révélé, à savoir que ce n'est pas l'hérédité qui imprime des caractères spéciaux aux délires et aux névroses, mais bien l'état dégénératif, que cet état soit de transmission ou d'acquisition. Ce résultat a son importance. Passez à l'actif de la dégénérescence ces caractères spéciaux, à tort attribués à l'hérédité, et vous serez surpris de l'ordre et de la clarté qui en résulteront. M. Charpentier remarquait avec raison les contradictions de ceux qui défendent l'existence d'une folie particulière dite héréditaire; il a mis en relief que, d'après cette doctrine, les aliénés par descendance morbide, tantôt tomberaient dans une démence précoce et tantôt délireraient une longue suite d'années sans la moindre trace d'affaiblissement intellectuel; que les uns seraient des chroniques incurables, les autres des malades à brusque et rapide guérison. Au nom des idées que je défends, je répondrai à M. Charpentier que la démence précoce et les longues évolutions régulières sont l'apanage des folies simples proprement dites, tandis que les évolutions anormales, les brusques débuts et non moins brusques terminaisons, ainsi que la persistance de la vigueur intellectuelle, sont le lot des folies simples dégénératives. A M. Falret, qui citait la marche irrégulière de toutes les affections mentales, y compris la paralysie générale, chez les héréditaires, on objecta encore avec raison que l'hérédité dominait tout, se rencontrait dans les formes régulières comme dans les autres. J'aurais répondu à l'éminent clinicien que les aliénés auxquels il a fait allusion ne se comportaient pas ainsi parce qu'ils étaient héréditaires, car on pourrait lui en montrer d'identiques qui ne sont pas nés d'ascendants névropathiques, mais parce que, pour une

©BIUM

cause quelconque, ils étaient des dégénérés et j'aurais ajouté qu'il s'est trouvé à coup sûr en présence d'états multiples, de vésanies ou de paralysies générales évoluant sur un terrain de dégénérescence.

Mais le degré de la prédisposition ne se borne pas à engendrer des folies simples proprement dites et des folies simples dégénératives ; il crée dans chacune de ces deux subdivisions des classes et des variétés. Les premières se présentent sous deux aspects bien tranchés, à l'état de délires diffus ou de délires systématisés, termes plus exacts que ceux de Ferrus qui, le premier, sépara les délires généraux des délires partiels, attendu que la folie systématisée elle-même prend racine dans un trouble émotif général. Les secondes, toujours d'après l'intensité de la prédisposition qui détermine la dégénérescence, donne naissance aux variétés vésaniques et aux variétés morphologiques, celles-là renfermant les trois premières variétés du premier groupe de Morel, les syndromiques de M. Magnan, en un mot tous les états vésaniques décrits dans ces derniers temps par M. Legrain et M. Saury sous le nom de folies des dégénérés; celles-ci constituant les dégénérescences extrêmes, des débiles aux idiots.

Ainsi toutes les *folies simples sont hiérarchisées d'après le degré de la prédisposition, celle-ci est-elle d'hérédité ou d'acquisition.* L'objection que les formes avancées se trouvent parfois dans des familles d'une névropathie faible, plus faible que celle d'autres familles où il n'y a pourtant que des formes simples, cette objection péremptoire contre la doctrine exclusivement héréditaire ne nous atteint pas. En effet, l'expérience le démontre, la prédisposition appelle la prédisposition ; les causes accidentelles ont sur les prédisposés une action centuple de leur action ordinaire ; le moindre accident durant la grossesse ou l'accouchement, une pyrexie durant l'enfance, des excès plus tard auront apporté un facile supplément de névropathie.

Mais, est-on en droit d'objecter, si les folies simples ne diffèrent entre elles que par l'énergie de la prédisposition d'où elles découlent, comment, aucune force de la nature n'opérant par bonds, la maladie arrive-t-elle aux formes si tranchées de la classification ? Est-il ad-

©BIUM

missible que cette prédisposition saute par exemple du degré nécessaire aux folies simples proprement dites, à celui exigé par les dégénératives ? Non, Messieurs. Aussi trouvons-nous entre toutes nos principales divisions des formes intermédiaires, ces fameuses formes intermédiaires qui ont désespéré tous les classificateurs et ont été l'écueil de tous les systèmes symptomatiques et fonctionnels. Loin de nous gêner, elles sont la conséquence naturelle, obligatoire même de notre principe. Il y a donc des cas intermédiaires entre les délires diffus et les délires systématisés, tels ces exemples de psychoses systématiques avec nombreuses crises intercurrentes d'exaltation et de dépression, détaillés par MM. Tanzi et Riva dans leur minutieuse étude de la paranoia ; il y en a entre les folies simples proprement dites et les folies simples dégénératives : un exemple, très net et très concluant, se trouve parmi les observations apportées par M. Séglas dans la discussion sur le délire chronique, ainsi qu'un autre non moins probant, — j'ai connu le malade, — dans le mémoire de M. Cullerre sur les perversions sexuelles chez les persécutés ; il y en a, enfin, entre les diverses variétés de dégénérescence, ceux-ci plus communs et mieux connus. Et voilà comment, interprétées par un principe vrai, les difficultés deviennent des preuves.

J'ai hâte d'arriver aux *folies composées*. J'ai expliqué que dans cette deuxième grande division, la prédisposition vésanique était insuffisante par elle-même à créer la maladie et demandait l'intervention d'un autre élément, épilepsie ou intoxication, par exemple, qui prenait une part active à la formation du mal. J'en fournirai une preuve très probante tirée de la clinique ; quand cette prédisposition est suffisante et qu'existe un des éléments coopératifs que nous étudierons tout à l'heure, il y a deux états morbides, l'un dépendant de la prédisposition suffisante et constituant une folie simple, l'autre relevant de cet élément coopératif et formant une folie composée : tels ces délirants systématiques avec folie épileptique ou délire toxique.

Les folies composées diffèrent en outre essentiellement des folies simples eu égard à l'action de l'étiologie. Tandis que les causes de celles-ci, dites *causes*

©BIUM

simples, engendrent des caractères spéciaux en rapport avec leur *intensité*, jamais avec leur nature, les causes de celles-là, que nous désignerons sous le nom de *causes composites*, les engendrent au contraire non plus d'après leur intensité, mais d'après leur *nature*. Tous les malentendus proviennent de cette distinction essentielle qui n'a pas été faite.

Sous l'influence de la méthode étiologique, presque tous les aliénistes ont accepté cette spécificité de la nature des causes dans les folies composées, nous n'avons pas en conséquence à y insister. De ces folies composées, il y en a deux que je me bornerai à citer, car elles, non plus, ne soulèvent point de contradiction : ce sont les folies toxiques et les folies convulsives. Restent trois autres causes composites, plus sujettes à controverses et sur lesquelles je vous demande la permission de m'arrêter. Elles comprennent l'élément congestion, l'élément sympathie et l'élément diathèse.

La paralysie générale est peut-être la grande responsable de la résurrection des classifications mixtes. Morel, pas plus que les autres, n'est parvenu à la classer. Il institua pour elle son cinquième groupe des aliénations idiopathiques, négation de la méthode étiologique. Pourtant il me semble que la paralysie générale a sa place marquée parmi les folies composées, à la suite des vésanies convulsives et toxiques. Dans celles-ci on trouve deux éléments : un élément simple, la prédisposition vésanique, et un élément composite, névrose ou intoxication ; dans celle-là on retrouve ce même élément simple, prédisposition, qui est à la racine de toute aliénation et un élément composite, la congestion. Et si les folies paralytiques, filles de cette congestion, amènent la démence paralytique par la sclérose diffuse interstitielle de la couche corticale, d'après les beaux travaux de M. Magnan et de M. Luys, les folies alcooliques ne finissent-elles pas par une démence spéciale, dont le substratum est l'athérome et la dégénérescence graisseuse, comme l'a démontré Lancereaux, et les folies épileptiques, elles aussi, n'aboutissent-elles pas à une démence avec paralysie, caractérisée au point de vue anatomique par des indurations cérébrales et surtout des atrophies, d'où une énorme différence de

©BIUM

poids entre les hémisphères, signalée depuis longtemps déjà par Follet, mise de nouveau en évidence l'année dernière par les nombreuses autopsies du professeur Morselli ? C'est que chaque cause composite détermine des lésions qui lui sont propres, l'élément congestion à l'instar des autres. L'obscurité qui règne toujours et qui règnera longtemps encore sur l'étiologie de la congestion dans cette redoutable affection, obscurité reconnue par M. Christian dans son instructif mémoire, le plus récent sur la matière, est regrettable sans doute, mais sans inconvénients en ce qui nous occupe. L'ignorance encore si profonde des causes véritables de l'épilepsie nous empêche-t-elle de connaître et de classer la folie épileptique? Non, car l'important est la présence de la névrose, d'où qu'elle vienne. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour la paralysie générale ?

Je trouve d'ailleurs une preuve des idées que j'ai l'honneur de vous soumettre dans cet état appelé paralysie générale sans délire. Dans quelles conditions, en effet, se montre-t-il? Avec l'élément congestion sans l'élément prédisposition vésanique. Mais il n'y a là encore rien de particulier à la paralysie générale. On constate le même fait dans l'épilepsie et l'ivrognerie, certains convulsifs et certains buveurs devenant déments sans avoir jamais eu de folie épileptique ou alcoolique, parce que les uns et les autres n'avaient aucune tendance à délirer ; il y a même des déments simples d'emblée, c'est-à-dire des gens, eux aussi non prédisposés à la vésanie, qui, sous l'influence de causes débilitantes excessives, perdent avec une lente précocité leur vigueur intellectuelle. Je suis donc, Messieurs, ai-je besoin maintenant de l'ajouter, l'adversaire de ceux pour lesquels la paralysie générale est une affection *sui generis* avec une hérédité indépendante et une évolution spéciale, quand par hasard elle tombe sur un terrain névropathique. La cause de cette évolution spéciale n'est pas l'hérédité, car parmi les paralytiques à évolution normale on compte autant d'héréditaires vésaniques que dans n'importe qu'elle autre maladie mentale, mais la dégénérescence, quelle qu'en soit l'origine; là comme dans toutes les vésanies, c'est elle qui jette la perturbation.

Avec les *folies sympathiques* nous abordons un qua-

©BIUM

trième groupe de folies composées que je défendrai avec moins de conviction. Certainement je ne suis pas touché de l'argument des opposants qui nient la folie sympathique sous prétexte qu'elle n'apparaît que chez des prédisposés, autant vaudrait nier toute la pathologie mentale ; mais les partisans de ce groupe défendent deux opinions contradictoires sur les caractères du délire réflexe, et cette lutte fratricide n'est pas pour m'inspirer confiance. Si la sympathie est une cause composite, de toute nécessité le délire consécutif doit être un délire spécial. Le jour où il sera démontré que les réflexes n'impriment aucune empreinte aux aberrations mentales, ce jour-là la folie sympathique aura vécu, car la preuve sera complète que la sympathie est une cause simple n'agissant que par son intensité.

Je serai plus réservé encore au sujet du cinquième et dernier groupe : les *folies diathésiques*. Les exagérations fantaisistes de Berthier avaient jeté sur elles un tel discrédit que le professeur Ball a témoigné d'un réel courage en entreprenant leur réhabilitation.

J'ai terminé, Messieurs, l'examen des folies simples et des folies composées. J'ai l'espoir d'avoir établi la possibilité d'y introduire, sans efforts, d'après l'étiologie, toutes les maladies mentales actuellement connues. Mais pour répondre aux nécessités de la clinique, il est indispensable de leur adjoindre une troisième division, celle des *folies multiples* qu'ignorait Morel, sur lesquelles l'attention a été si vivement attirée par le mémoire de M. Magnan de 1880, et auxquelles M. Pichon a consacré un excellent volume dont le titre seul a pu donner prise à la critique. Elle a trois subdivisions naturelles, selon que les folies simples se combinent entre elles, les folies composées entre elles ou les folies simples avec les folies composées. C'est, je pense, dans la première subdivision ou combinaison des folies simples entre elles qu'il conviendrait de classer les formes intermédiaires dont je vous ai entretenus, sans créer pour elles, à l'exemple de certains, une classe à part, car elles participent toujours à des degrés divers de deux classes ou de deux variétés. Je n'insiste pas davantage sur ces folies multiples, d'autant plus que tous vous avez lu l'excellent livre de notre collègue.

©BIUM

En résumé nous avons :

Classification étiologique des maladies mentales.

- **Folies simples.**
  - Folies simples proprement dites.
    - Délires diffus. → Manies et lypémanies simples.
    - Délires systématisés. → Psychoses systématiques.
  - Folies simples dégénératives.
    - Variétés vésaniques. → Folie des dégénérés.
    - Variétés morphologiques. → Imbécillité et idiotie.
- **Folies composées.**
  - A. élément. : convulsion.. → Folie épileptique. / Folie hystérique. / Etc., etc.
  - A. élément. : intoxication. → Folie alcoolique. / Folie morphinique. / Etc., etc.
  - A. élément. : sympathie(?). → Folie de la puberté. / Folie utérine. / Etc., etc.
  - A. élément. : congestion. → Folies paralytiques.
  - A. élément. : diathèse (?). → Folie rhumatismale. / Folie goutteuse. / Etc., etc.
- **Folies multiples :**
  - Folies simples entre elles.
  - Folies composées entre elles.
  - Folies simples et folies composées entre elles.

Un dernier mot. La science, dit-on, n'a pas de patrie et nos voisins de tous pays le prouvent en nous volant toutes nos découvertes. Il serait mesquin et puéril, tombant dans le défaut contraire, de fermer systématiquement la porte aux progrès du dehors ; mais n'est-ce pas un devoir, et un devoir national, d'assurer par tous les moyens la vie et le développement aux grandes vérités révélées par les nôtres? L'étranger nous convie à une classification des maladies mentales, or un savant français s'est rencontré qui a indiqué une méthode naturelle si vraie, qu'en dépit du discrédit dont on s'est efforcé de la frapper, elle s'est à ce point imposée aux esprits que les progrès les plus sérieux réalisés depuis vingt-cinq ans lui sont dus, et nous remonterions jusqu'à l'antiquité la plus reculée pour lui en emprunter une artificielle, négation de toute logique et de tout esprit scientifique. Cela ne doit pas être, Messieurs. Il

©BIUM

nous faut doublement nous rallier autour de la méthode étiologique, d'abord parce qu'elle est la vérité ; ensuite parce que cette vérité se trouve être une fois de plus, une émanation de la science française.

La séance est levée à six heures un quart.

PAUL GARNIER.

SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1888.

Présidence de M. COTARD.

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

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de remerciements de M. Donnet, nommé membre titulaire ;

2° Des lettres de remerciements de Mme de Gorsky et de M. Popoff, nommés membres associés étrangers ;

3° Une lettre de M. J. Ramadier, médecin adjoint de l'asile de Vaucluse, sollicitant le titre de membre correspondant, avec sa thèse inaugurale *sur les troubles trophiques dans la paralysie générale.* — Commission : MM. Donnet, Camuset et Legrain, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° Le troisième fascicule de la *Collection des alchimistes grecs*, publiée par M. Berthelot, sous les auspices du ministère de l'instruction publique ;

2° *Rapport sur le service médical du quartier d'aliénés de l'hospice général de Nantes pendant l'année* 1887 ; par le Dr Biaute, médecin en chef.

3° Le n° du 3 novembre 1888 de l'*Echo médical* de Toulouse, contenant un article du même auteur : « Suicide d'un persécuté. — Délire des persécutions. »

4° *Exposé d'un classement méthodique des maladies mentales* ; par le Dr E. Régis. — Renvoyé sur la demande de l'auteur à la commission de la classification des maladies mentales.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Messieurs, j'ai reçu de M. le Dr Schüle, d'Illenau, la lettre suivante dont il demande la lecture en même temps que l'insertion dans le procès-verbal de la séance :

©BIUM

Messieurs et très honorés collègues,

Ayant l'honneur d'être membre étranger de votre Société, je crois de mon devoir de vous adresser une courte réponse aux critiques faites à mon Traité clinique des maladies mentales, traité si excellemment traduit par MM. les Drs J. Dagonet et Duhamel et recommandé avec tant de bienveillance au public français par M. H. Dagonet.

On m'a reproché d'avoir donné une bibliographie incomplète et surtout de n'avoir pas cité certains auteurs français. Ce reproche n'est pas tout à fait fondé, et si je regrette vivement de ne pas avoir mis en tête du chapitre Délire des persécutions le nom de Lasègue, ce qui aurait été de toute justice, je me permettrai toutefois d'attirer votre attention sur une note du deuxième fasicule, p. 390, où je parle du délire des persécutions « type Lasègue ».

J'ai voulu faire surtout une œuvre indépendante et personnelle, en utilisant les ressources puisées dans l'asile et mes observations prises pendant une période de 25 années ; après la rédaction de chacun des chapitres, j'ai donné les indications bibliographiques que j'ai jugées utiles aux lecteurs.

Je tiens aussi à répondre à M. le Dr Garnier, au sujet de sa communication insérée dans le numéro de novembre 1888 des *Annales*. C'est en lisant ce fascicule que j'ai pris connaissance pour la première fois des classifications successives adoptés par M. le Dr Magnan et lui, en 1882 et 1885.

Jusqu'en novembre 1888, ces classifications m'étaient complètement inconnues : MM. les Drs Garnier et Magnan ont donc tort de croire que j'ai modifié ma classification d'après les leurs, et je ne vois pas du reste en quoi elles sont semblables.

Il m'aurait été particulièrement pénible, Messieurs et très honorés collègues, de vous laisser croire que je ne rendais pas pleine justice aux différentes écoles psychiatriques françaises. Dans l'avant-propos de mon Traité (édition française), j'ai d'ailleurs exprimé déjà mes sentiments de gratitude envers les maîtres tels Baillarger, Falret père, Lasègue, Morel, etc., qui ont

©BIUM

fait partie de la Société médico-psychologique à laquelle j'ai maintenant l'honneur d'appartenir.

Veuillez agréer, Messieurs et très honorés collègues, l'assurance de mon entier dévouement.

H. SCHULE.

Illenau, 19 novembre 1888.

Rapports de candidature.

M. PICHON. — Messieurs, vous avez nommé une Commission composée de MM. Ball, Bouchereau et Pichon, rapporteur, pour examiner la candidature de M. le Dr Gilbert Petit, directeur de l'asile de réforme d'Iseure, au titre de membre correspondant de votre Société.

Le Dr Petit est loin d'être un inconnu pour plusieurs d'entre vous. Il a commencé ses études médicales à l'école de plein exercice de Nantes, où son intelligence et son ardeur pour le travail le firent bientôt remarquer. Nommé après concours, successivement externe puis interne des hôpitaux de Nantes dans un très bon rang, il fit ses années de stage réglementaire. Et c'est dès cette époque, dès ses premières années d'internat, qu'il put se familiariser avec les choses de l'aliénation mentale, sous la haute direction du médecin en chef de l'Hospice Général, qui était son père.

Dès ce moment, sa voie fut toute tracée. Après de bonnes et solides études faites en province, le Dr Petit vint à Paris. Reçu externe, il eut la bonne fortune de pouvoir entrer à la Salpêtrière, dans le service de M. le professeur Charcot.

Admis l'année suivante interne des asiles de la Seine, après un bon concours, il put alors se livrer spécialement à l'étude de l'aliénation mentale, pendant trois ans.

Et c'est à Sainte-Anne, sous le haut patronage du Dr Bouchereau, son maître, qu'il rassembla les matériaux de son remarquable travail inaugural : Des rapports de la paralysie chez la femme avec certains troubles de la menstruation.

Je n'analyserai pas ici cette thèse qui fut justement récompensée par la Faculté de Paris, car elle vous a été,

©BIUM

ici-même, longuement présentée par son maître. Permettez-moi seulement, Messieurs, de vous faire remarquer que ce travail clinique, si complet d'ailleurs, contient un historique très minutieusement fouillé, et rend pleine et entière justice aux travaux antérieurs et aux ancêtres.

M. le Dr Petit est entré depuis dans la spécialité. Nommé médecin adjoint à Armentières, il a été nommé récemment médecin-directeur de l'asile de réforme d'Iseure.

Après examen de ces titres, votre Commission a pensé qu'en admettant dans son sein le Dr Petit, elle acquerrait un confrère intelligent, instruit et travailleur.

Et puis, en accueillant le fils, vous rendrez un suprême hommage à la mémoire du père, M. le Dr Petit, médecin en chef de l'Hospice Général de Nantes, cette loyale figure si longtemps appréciée du corps des médecins des hôpitaux de cette ville.

Votre Commission vous propose donc de nommer M. le Dr Gilbert-Petit membre correspondant de votre Société.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées et M. Gilbert Petit est, à l'unanimité, nommé membre correspondant.

M. Dupain. — Messieurs, dans votre dernière séance, vous avez reçu une demande de notre confrère, le Dr Déricq, qui sollicite l'honneur de faire partie de votre Société en qualité de membre correspondant.

Pour apprécier les titres du candidat, vous avez nommé une Commission composée de MM. Magnan, Briand et Dupain, rapporteur ; je me présente en cette qualité à la tribune, et je me félicite de cette mission, puisqu'elle me permet de rendre à la valeur scientifique de mon ancien collègue d'internat un hommage public, que, du reste, plusieurs d'entre vous, Messieurs, ont déjà devancé.

Ce n'est point, en effet, un inconnu parmi vous que l'ancien lauréat du prix Aubanel, maintenant médecin adjoint de l'asile de Prémontré.

Nommé, au concours, interne des asiles de la Seine, il eut pour premier professeur votre éminent collègue le Dr Espiau de Lamaëstre, puis il vint à l'admission de

©BIUM

l'asile Sainte-Anne, dans le service de votre ancien président. A l'école de ce maître, dont il fut l'interne durant trente mois, il put satisfaire cette convoitise de son intelligence, qui, se plaisant aux spéculations médico-psychologiques, recherchait dans l'analyse clinique des faits observés dans leur libre allure les manifestations diverses des phénomènes si complexes de l'esprit humain. Et, comme il le dit lui-même, c'est par la parole et par l'exemple de M. Magnan qu'il apprit à goûter ces joies intellectuelles réservées aux travailleurs, qui, sans souci des Ecoles, et des opinions reçues, s'efforcent à atteindre la vérité.

L'intéressante question de la coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même aliéné, signalée par M. Magnan en 1874, reprise en 1878 au Congrès international des sciences médicales de Genève, les observations du Dr Garnier, publiées dans la *Gazette hebdomadaire*, enfin la notice de M. Magnan insérée dans les *Archives de Neurologie* en 1880, avaient mis les aliénistes en éveil, et, quatre ans plus tard, votre Société proposa ce sujet pour le prix Aubanel. Deux récompenses furent distribuées.

La première fut accordée au mémoire du Dr Déricq. Et l'auteur, mettant alors à profit les critiques éclairées du jury, châtia sa méthode, et mit dans son œuvre plus de clarté. C'est ainsi qu'il mena à bonne fin cette thèse inaugurale, si justement remarquée.

L'un des principaux mérites de ce travail consiste dans l'obligation que s'est imposée l'auteur de ne prendre, pour élucider des faits encore peu connus à cette époque, que des observations de malades étudiés par lui-même, et chez lesquels il pouvait suivre pas à pas l'évolution des idées délirantes. Prenant pour base la clinique, il rangea ses observations par ordre de complexité croissante, les relia entre elles, en fit des commentaires, en tira des conclusions, et aborda la question de la coexistence de deux intoxications (alcool, absinthe), avec leurs conséquences.

Il convient de remarquer qu'il ne s'agit pas de la coexistence d'un état mental défectueux et d'un délire quelconque, comme le serait par exemple le délire d'un imbécile ou d'un faible d'esprit. Mais son étude repose

©BIUM

sur la coexistence de deux délires, ou plus, chez le même malade, quel que soit le fond mental sur lequel ils se greffent. Un épileptique peut boire avec excès et l'on pourra assister à l'évolution simultanée de deux délires, l'un d'origine épileptique, l'autre d'origine alcoolique.

L'auteur a réuni 49 observations diverses de coexistence de plusieurs délires d'origine différente ou de plusieurs intoxications chez le même aliéné.

En raison même des habitudes alcooliques assez fréquentes chez beaucoup de nos malades, c'est le délire alcoolique que l'on rencontre le plus souvent coexistant avec une autre forme morbide et cela de deux manières principales. Tantôt il vit côte à côte avec elle, gardant ses caractères propres et n'ajoutant que peu ou point à l'autre activité délirante ; tantôt, au contraire, il s'empare de la scène et relègue au second plan la forme mentale antérieure. Dans ce dernier cas, le temps seul permet de faire le diagnostic, en y joignant toutefois, dans la décroissance du délire toxique, certaines irrégularités dont l'observateur instruit a su apprécier la valeur. Le délire alcoolique peut donc coexister avec la dégénérescence mentale, l'épilepsie, le délire chronique, la paralysie générale, etc. ; chez certains malades même on peut reconnaître trois états différents : la dégénérescence mentale, l'épilepsie et l'alcoolisme ; enfin, chez d'autres, l'intoxication par l'alcool et l'intoxication par la liqueur d'absinthe.

Grâce à leurs différences radicales ces délires se superposent, se masquent réciproquement, quelquefois se mélangent, mais ils ne se combinent jamais. L'importance de cette analyse clinique ne saurait échapper à personne, car ses conséquences ont le plus grand retentissement sur le diagnostic, le pronostic et le traitement, sans parler des considérations médico-légales que le médecin expert peut être appelé à développer, et, dans certains cas, à faire prévaloir.

Les différents délires nés sur un même individu, s'influencent peu ou point ; ils sont autonomes, justiciables chacun d'un traitement particulier, la disparition de l'un n'entraîne pas la disparition de l'autre. Ils prennent, le plus souvent, leur origine dans l'hérédité, qui transmet simplement, et assez souvent transforme, par

©BIUM

voie unilatérale, ou par convergence, les maladies mentales des ascendants.

Il en résulte que la coexistence de plusieurs délires d'origine différente ou de plusieurs intoxications chez le même aliéné, doit être considérée comme une *réalité clinique*. Cette réalité n'est pas une rareté. Le diagnostic se pose, grâce à des points de repère que les progrès de la science mentale précisent de plus en plus, et qui permettent de rapporter à chaque entité morbide les manifestations qui lui appartiennent. Les différents délires peuvent se juxtaposer, s'enchevêtrer, ou se masquer tour à tour. Il est donc indispensable de suivre pas à pas la marche des accidents sous peine de ne point reconnaître toute la complexité clinique.

Telles sont les conclusions générales de cette thèse qui forme à elle seule un véritable bagage scientifique. Le Dr Déricq y fait preuve d'une érudition solide, d'une finesse et d'une exactitude remarquables d'observation clinique. Ancien interne de la Seine, lauréat du prix Aubanel, médecin adjoint de l'asile de Prémontré, il est digne d'appartenir à votre Compagnie et de prendre part à ses travaux.

En conséquence, Messieurs, votre Commission vous propose de décerner au Dr Déricq le titre de membre correspondant, jusqu'à ce qu'une vacance permette de transformer ce titre en celui de membre titulaire.

Conformément à ces conclusions, M. Déricq est, à la majorité, nommé membre correspondant.

M. Moreau (de Tours).— Messieurs, au nom d'une commission composée de MM. Magnan, P. Garnier et Moreau (de Tours), j'ai l'honneur de soumettre à votre approbation les titres du docteur S. Venturi qui sollicite l'honneur d'être admis au nombre des membres associés étrangers de la Société médico-psychologique.

M. le Dr Venturi n'est pas un inconnu pour vous, et ici même, en 1886, j'ai eu à vous rendre compte d'un important travail relatif à l' « Usage du tabac à priser chez les gens bien portants, chez les aliénés et chez les délinquants ».

Depuis l'année 1875, notre savant et distingué confrère appartient à la médecine mentale. On lui a confié successivement des postes importants dans la direction

©BIUM

des asiles, et comme professeur il a été à différentes reprises chargé des cours de psychiatrie dans les universités de Padoue, de Rome et de Naples.

Point n'est besoin d'ajouter qu'il s'est toujours acquitté de ses fonctions avec le plus grand succès et à la satisfaction de tous. Je n'entreprendrai pas de vous analyser ni même simplement d'énumérer les nombreux travaux de notre confrère. Vous avez tous présent à la mémoire ses « discours sur la simulation chez les aliénés, ses recherches sur les fonctions auditives et olfactives chez les épileptiques, sur le mécanisme des mouvements du cerveau, ses différentes observations sur divers sujets de la médecine mentale »... etc.

Je vous demanderai cependant la permission de m'arrêter quelques instants sur un de ses derniers travaux, la *Folie transitoire*, étude critique, clinique et médico-légale, qui fit l'objet d'une communication au congrès de médecine mentale tenu à Vienne en septembre 1886.

Après avoir passé en revue l'état actuel des connaissances et l'opinion des auteurs sur la forme d'aliénation qu'on nomme *folie transitoire*, le Dr Venturi arrive au vif de la question qu'il présente ainsi :

Comment expliquer que malgré les observations de manie transitoire que l'on recueille journellement, il se trouve encore quelques personnes qui persistent à nier ou à mettre en doute l'existence réelle de cette forme qui mérite cependant une place distincte dans le cadre de la nosographie ?

Parce que, répond notre confrère, on s'imagine voir dans chaque cas nettement isolé et indépendant d'un accès de manie transitoire, la manifestation d'un état morbide commun, et ainsi entendu tout cas de manie transitoire ne représenterait qu'une erreur de diagnostic.

Pourquoi, parmi ceux qui soutiennent l'existence de cette maladie y a-t-il désaccord sur les symptômes et publie-t-on des observations qui sont en apparence absolument contraires, n'ayant de commun que la durée plus ou moins longue de la période morbide?

Parce que, à notre avis, dit le Dr Venturi, il manque aux aliénistes une conception nette de ce qu'il faut

©BIUM

entendre par manie transitoire; puis, parce que les uns, et c'est le plus grand nombre, veulent voir cette maladie uniquement dans les cas qui répondent exactement à ceux publiés par les classiques et qui mériteraient, plus exactement, le nom de *fureur transitoire ;* les autres, au contraire, rangent sous le nom de manie transitoire tous les cas d'aliénation passagère qui ont pour caractéristique unique de ne pouvoir être attribués à aucune autre forme commune.

Il y a là une confusion regrettable.

Se basant sur l'examen très minutieux de nombreuses observations de psychoses transitoires, tant personnelles que recueillies dans la littérature médicale, le Dr Venturi a voulu mettre de l'ordre et faire le jour sur cette importante question, et c'est ainsi qu'il a été amené à constater :

1° L'apparente indépendance de chacune de ces psychoses avec un état morbide antérieur commun, de plus ou moins longue durée, exemptes de prédisposition héréditaire.

2° L'apparition brusque ou presque brusque de l'accès au milieu de la santé la plus parfaite, immédiatement après la cause occasionnelle dans tous les cas où elle semble avoir agi.

3° La durée de l'accès qui peut aller de quelques heures à vingt-quatre heures.

4° La tendance aux actions violentes contre les personnes ou les choses.

5° L'oubli de tout ce qui s'est passé durant l'accès.

6° La terminaison de l'accès par le sommeil, dans le plus grand nombre des cas.

7° Le retour plus ou moins brusque à l'état de santé.

8° L'absence, dans la majorité des cas, de la récidive de l'accès dans le cours de la vie.

Ces caractères qui découlent de l'observation et se retrouvent dans les faits cités, suffisent à mettre hors de doute ce fait fondamental, à savoir : « Il y a des psychoses soudaines, transitoires et indépendantes de tout état morbide commun. »

En outre, elles diffèrent les unes des autres :

1° Par la forme des désordres psychiques (pouvant

©BIUM

affecter la forme passionnelle, impulsive, sensorielle, somnambulique, mélancolique, maniaque) ;

2° Par les détails symptomatologiques;

3° Par les causes;

4° Par les conditions pathogéniques.

Suivre notre confrère dans l'examen qu'il présente de chacune des formes que je viens de signaler nous entraînerait trop loin et dépasserait le but que nous avons à remplir et je me bornerai à vous dire qu'en résumé, pour l'auteur, le mécanisme pathologique et les différentes formes de psychoses transitoires indépendantes présentent de nombreux points d'analogie avec le mécanisme et les différentes formes d'épilepsie psychique.

Je n'abuserai pas plus longuement de votre bienveillante attention, Messieurs, et je m'arrêterai là dans ce rapide examen du mémoire du professeur Venturi. Je tenais à vous rappeler ce travail que plusieurs d'entre vous connaissaient déjà.

Messieurs, la place du Dr Venturi est toute marquée parmi nous et nous vous demandons de ratifier le vœu de votre commission en lui conférant le titre de membre associé étranger qu'il sollicite de vos suffrages.

Les conclusions de ce rapport ont été adoptées, et M. Venturi est, à l'unanimité, nommé membre associé étranger.

Rapport du Comité d'organisation du Congrès international de médecine mentale.

M. Ritti. — Messieurs, vous avez chargé un Comité composé de MM. Ball, Blanche, Charpentier, Cotard, Falret, Garnier, Magnan, Motet, Ritti et Aug. Voisin, d'étudier les questions d'organisation d'un Congrès international de médecine mentale, qui se réunirait au mois d'août de l'année prochaine, à propos de l'Exposition universelle. Votre Commission s'est réunie chez notre honorable vice-président, M. J. Falret, et je suis chargé de vous exposer le résultat de ses délibérations.

Les deux premières questions qui demandaient en quelque sorte une solution immédiate, étaient celles de la date de réunion du Congrès et du local où il siégerait. En ce qui concerne ce dernier, notre collègue, M. le

©BIUM

professeur Ball, s'est avec empressement mis à notre disposition pour faire une démarche auprès de M. le doyen de la Faculté de médecine, à l'effet d'obtenir le grand amphithéâtre des cours. Avec son obligeance habituelle, M. Brouardel a offert l'hospitalité à notre Congrès ; je lui ai adressé en votre nom nos plus sincères remerciements et je suis convaincu que vous ne me désavouerez si je les lui exprime de nouveau ici, publiquement.

J'ai dit plus haut que la date de la réunion et le local étaient deux questions connexes. En effet, le dernier une fois obtenu, il s'agissait de savoir quand nous pourrions en disposer. Deux autres Congrès doivent tenir leurs séances dans l'amphithéâtre de la Faculté de médecine ; comme ils se sont fait inscrire avant nous, ils se réuniront durant les deux premières semaines du mois d'août. Nous prendrions donc possession du local pendant la troisième semaine, celle qui va du lundi 19 août au samedi 24 août.

L'ouverture de notre Congrès aura lieu, par conséquent, le lundi 19 août, et durera jusqu'au samedi 24 août. Une semaine a paru suffisante, ainsi que l'a prouvé d'ailleurs l'expérience des Congrès précédents et en particulier celui de 1878.

Le Congrès tiendra deux sortes de séances : celles du soir, séances générales, publiques, dans lesquelles se discuteront les questions du programme et se feront les communications diverses étrangères au programme ; 2° celles du matin, séances particulières, intimes, où pourront se discuter familièrement les questions relatives à notre spécialité, qu'elles soient d'ordre scientifique ou d'ordre pratique.

Pour qu'un Congrès, quel qu'il soit, aboutisse, il importe de concentrer les efforts sur certaines questions déterminées. C'est ce qu'ont bien compris les organisateurs de notre Congrès de 1878 ; vous n'avez pas oublié, Messieurs, que si la question des asiles d'aliénés dits criminels a fait un grand pas au point de vue législatif, les discussions qui eurent lieu alors et les vœux qui furent émis, y ont largement contribué. S'appuyant sur ce précédent, votre Comité vous propose de mettre à l'ordre du jour des séances du Congrès trois questions :

©BIUM

l'une de pathologie mentale : la seconde de législation; la troisième de médecine légale. Et comme il importe de bien délimiter les sujets à traiter, d'indiquer le terrain de la discussion, elle a décidé que chacune de ces questions ferait l'objet d'un rapport. Les trois rapports devront être insérés dans le numéro de mai 1889 des *Annales médico-psychologiques*, où les adhérents au Congrès pourront en prendre connaissance. Ceux qui désireront prendre part à la discussion se feront inscrire : le temps accordé à chaque orateur ne devra pas dépasser vingt minutes.

Les trois questions que votre Comité vous propose de mettre à l'ordre du jour des séances du Congrès sont :

1° *Pathologie mentale.* — Obsessions avec conscience (intellectuelles, émotives et instinctives). Rapporteur : M. Jules Falret.

2° *Législation.* — Législation comparée sur le placement des aliénés dans les établissements spéciaux, publics et privés. Rapporteur : M. B. Ball.

3° *Médecine légale.* — De la responsabilité des alcoolisés. Rapporteur : M. Motet.

Les travaux scientifiques du Congrès ne sauraient être limités à la discussion de ces trois questions qui, certainement, n'occuperont pas toutes nos séances. Il nous restera assez de temps pour entendre d'autres communications relatives à la médecine mentale, que nos collègues voudront bien nous apporter. Nous leur demanderons seulement de vouloir bien nous adresser les titres des mémoires qu'ils désireraient présenter; nous les prierons aussi de faire en sorte que la lecture de chacun de ces travaux ne dépasse pas la durée réglementaire de vingt minutes.

Le Congrès comprendra deux sortes de membres, les membres fondateurs et les membres adhérents.

Sont membres fondateurs, les membres titulaires et honoraires de la Société médico-psychologique; leur cotisation est fixée à 25 francs;

Sont membres adhérents les médecins, les directeurs des asiles de France et de l'étranger, toute personne s'intéressant aux questions relatives à l'aliénation mentale. Payeront une cotisation de 20 francs, les adhérents français et étrangers.

©BIUM

Telles sont les questions étudiées par votre Comité ; elles se résument dans les articles du règlement qui vont vous être soumis.

En terminant ce rapport, permettez-moi, Messieurs, de vous reporter dix ans en arrière. La plupart d'entre vous ont assisté au Congrès de 1878 et y ont pris une part active ; tous, vous vous rappelez son incontestable succès dû au concours empressé de tous les médecins aliénistes français et d'un grand nombre de collègues étrangers, dû surtout au zèle, à l'activité, au dévouement de notre secrétaire général d'alors, mon prédécesseur, notre excellent et sympathique collègue, M. Motet, aux qualités d'organisation de qui tous se sont plu à rendre hommage. Il est bon de nous souvenir et de prendre exemple ; nous assurerons ainsi au Congrès de 1889 le succès de son aîné. Pour l'obtenir sûrement, votre Comité fait appel à l'adhésion de tous les membres de la Société médico-psychologique, fermement convaincu que tous tiendront à honneur de coopérer à une œuvre si utile au point de vue scientifique et professionnel, et destinée à rehausser encore le renom de notre Société dont les travaux et les discussions attirent, depuis près de quarante ans, l'attention du monde savant.

Lecture est donnnée ensuite, des statuts et règlement du Congrès (voir aux *Variétés,* p. 169), dont tous les articles sont adoptés à l'unanimité des membres présents.

Guérison d'un cas de morphinomanie chez un jeune homme de vingt-quatre ans, par la suppression brusque.

M. Christian. — M. X..., âgé de vingt-quatre ans, est placé à la maison nationale de Charenton le 27 juillet 1888.

Antécédents. — Mère morte à l'âge de vingt-deux ans, de phtisie aiguë ; père mort à quarante ans, de phtisie lente (il était tuberculeux en se mariant) ; grand'mère maternelle atteinte à l'âge de cinquante-huit ans de lypémanie, dont elle guérit après sept ans; elle vécut saine d'esprit jusqu'à l'âge de quatre-vingt-un ans.

Né dans des conditions aussi fâcheuses, l'enfant, très

©BIUM

délicat et très chétif, fut élevé avec le dévouement le plus complet, par une tante, sœur de sa mère, qui lui consacra toute son existence.

X... n'a jamais été gravement malade ; sauf la rougeole et la scarlatine, il n'a fait aucune maladie, et, quoique d'une santé délicate, il est arrivé sans encombre à l'adolescence. Il ne s'est jamais livré à l'onanisme, il n'a commis aucun excès sexuel ; mais son caractère s'est ressenti de son éducation ; gâté outre mesure par sa tante, il est resté mou, efféminé, incapable d'un effort sérieux et suivi, d'une susceptibilité nerveuse exagérée, passant sans motif de la tristesse à une folle gaîté ; il était poltron, craignait l'obscurité, avait peur d'être seul. Cependant l'intelligence présentait des côtés brillants, et, quoiqu'il fallût plusieurs fois le changer de collège, il arriva sans peine au baccalauréat de rhétorique.

Mais à ce moment il se découragea ; il se refusa à faire sa philosophie, et s'engagea dans l'artillerie.

J'ai peine à comprendre comment ce jeune homme put être déclaré apte au service militaire ; ce qui m'étonne encore davantage, c'est qu'il en supporta pendant un an les fatigues ; sa santé paraissait même s'affermir, quand il fut victime d'un grave accident.

Dans une manœuvre il reçut dans le côté un coup d'écouvillon ; il ne s'alita pas aussitôt, mais quelques jours après, de violentes douleurs le forcèrent d'entrer à l'hôpital, et un énorme abcès fut la conséquence du traumatisme.

Cet abcès fut ouvert, suppura longtemps, des accidents survinrent, sur la nature desquels je n'ai pu obtenir de renseignements précis. Il semble qu'il y eut carie tuberculeuse des vertèbres lombaires ; le chirurgien fit une large incision, mit à nu les vertèbres atteintes, et en pratiqua le raclage : l'opération fut suivie de succès ; il ne reste actuellement qu'une énorme cicatrice dans la région lombaire droite, parallèle à la colonne vertébrale, longue de près d'un décimètre et profonde de plusieurs centimètres ; on pourrait, à la lettre, y loger le poing.

Mais la cicatrisation de cette vaste plaie fut très lente ; l'opéré éprouvait des douleurs persistantes que l'on

©BIUM

combattit par des injections de morphine, environ 1 centigramme par jour.

Voici comment il raconte cette phase initiale du mal, car je dois dire qu'il a publié une sorte d'autobiographie, et dans le cours de cette observation, je lui laisserai plusieurs fois la parole :

« En 1885, durant une longue et cruelle maladie, les médecins m'ordonnèrent des injections de morphine, la valeur d'un centigramme par jour.

« Les effets de ce dangereux poison furent si bienfaisants que je m'y habituai petit à petit et y retournai une fois la guérison obtenue.

« Pendant trois mois, cette quantité d'un centigramme me suffit ; chaque soir en me couchant, je prenais une injection.

« J'éprouvai alors un anéantissement complet de tout l'être, comme une sorte de mort physique ; je restais ainsi six heures éveillé, sans fatigue, laissant ma pensée errer au souvenir des choses qui m'avaient le plus frappé dans la journée, puis je finissais par m'endormir pendant trois ou quatre heures d'un sommeil de plomb.

« Au réveil, je me sentais la tête un peu lourde, comme un homme qui a trop dormi ; mais cette impression de gros sommeil finit par s'effacer peu à peu, pour faire place à un énervement croissant.

« C'était le commencement de la morphinomanie ; la dose devenait insuffisante.

« J'éprouvais à tout moment des défaillances subites, des torpeurs, des anéantissements de tout l'être, et je forçais la dose pour retrouver, mais en vain, les impressions du premier jour.

« De trois à quatre piqûres d'un centigramme, je passai à une solution plus concentrée, à quatre centigrammes.

« Chaque fois que j'avais un effort de mémoire à faire, un travail quelconque à achever, voire même une partie de plaisir, il me fallait une piqûre, mais je ne recouvrais mon énergie que partiellement pendant deux heures d'abord, puis une heure, une demi-heure, et j'en arrivais à prendre des injections toutes les vingt minutes.

©BIUM

« Je pus continuer ainsi pendant dix-huit mois, sans accident physique autre qu'un commencement de scorbut (?).

« Bientôt des abcès, très rares d'abord, plus nombreux ensuite, firent leur apparition.

« C'est alors que ma famille s'émut de mon état, que je m'efforçais de dissimuler le plus possible, et que, d'un commun accord avec moi, il fut résolu de me faire subir un traitement dans une maison de santé. »

Pourtant, avant de recourir à cette mesure, on avait essayé de tous les moyens ; sa tante avait commencé par ne plus lui donner d'argent. Il se mit à la voler, prenant des bijoux, des vêtements qu'il engageait au mont-de-piété. On exerçait sur lui la surveillance la plus assidue ; mais il parvenait à cacher sa seringue et sa solution de morphine dans son matelas, dans les bras d'un fauteuil ; il creusait les pieds de la table, les montants des chaises, pour les y dissimuler.

De guerre lasse, on le plaça à la maison des frères Saint-Jean de Dieu, où il resta trois mois ; mais, comme il était aisé de le prévoir, et comme il le reconnaît lui-même, il n'eut bientôt qu'une idée, celle de se procurer son poison favori ; il réussit à soudoyer un garçon qui lui apportait régulièrement sa dose de morphine. Et lorsqu'on s'aperçut de la ruse, et que le garçon refusa sa complicité, il franchit les murs, et avec une fausse ordonnance, se fit délivrer dans une pharmacie, la solution tant désirée.

Rentré dans sa famille, il recommença de plus belle ; puis, devant le chagrin des siens, il résolut de se soumettre à un nouvel internement dans une maison de santé des environs de Paris. Laissons parler le malade :

« Pendant quelques jours, dit-il, je me soumis au traitement de l'établissement, mais bientôt, n'y tenant plus, je mis tout en jeu pour me procurer de la morphine. »

Il parvint à s'en faire apporter par une femme de chambre ; mais un jour, écœuré de son hypocrisie (c'est le malade qui parle), il avoua toutes ses ruses au directeur, et lui remit la seringue et la morphine qu'il avait à sa disposition.

« Je lui fis, ajoute-t-il, les plus solennelles pro-

©BIUM

messes, m'engageant d'honneur à ne plus recommencer.

« Il était à ce moment 4 heures et le dîner avait lieu à 6 h. 1/2.

« A peine le directeur eut-il les talons tournés que je regrettai ma naïveté, et, franchissant le mur, je fus tout d'une traite à Paris pour engager ma montre au mont-de-piété.

« Après bien des difficultés, je me procurai encore de la morphine avec l'argent que je m'étais fait donner.

« A 6 h. 20 j'étais de retour et, grâce à la complicité d'un pensionnaire, personne ne put soupçonner mon escapade. »

X... avait fait une dizaine de kilomètres en moins de deux heures.

Voyant enfin qu'il n'arrivait à aucun résultat, le directeur de la maison de santé lui donna à entendre qu'il n'avait qu'à s'en aller.

Le hasard fit alors faire à X... la rencontre d'un étudiant en médecine, qui lui conseilla de guérir une intoxication par une autre, et de prendre des injections de cocaïne.

Le résultat fut déplorable.

A partir de ce moment les troubles cérébraux s'accentuèrent ; il eut des hallucinations de la vue et de l'ouïe ; il entendait constamment comme un bruit de sifflet dans l'oreille et des voix nombreuses qui l'appelaient par son nom et qui lui parlaient. En outre, la cocaïne le mettait dans un état d'excitation intense, suivie de sueurs froides qui duraient jusqu'à deux heures.

Il arriva à s'injecter par jour jusqu'à 1 gr. de cocaïne et 2 gr. de morphine, et, comme il ne pouvait se donner 25 piqûres de suite, il avait imaginé de laisser enfoncé dans la peau le trocart fixé au bout de la seringue et de recommencer les injections jusqu'à épuisement de la quantité qu'il voulait prendre : « Cela me faisait une bosse grosse comme le poing. »

La famille fit un nouvel essai : elle le plaça à la campagne, dans un endroit retiré, après avoir écrit au pharmacien de la localité de lui refuser et cocaïne et morphine. Mais il fut encore sans énergie, et avisant un

©BIUM

jour, à la suite d'intolérables souffrances, une fiole sur laquelle une étiquette portait le mot « poison », il se fit quelques piqûres à la jambe. C'était une solution cantharidée pour arrêter la chute des cheveux. On crut un instant que l'amputation serait nécessaire ; il en fut quitte pour un énorme abcès gangreneux.

C'est alors qu'on décida de placer le malade à Charenton. Il fallait en effet prendre une résolution décisive : il avait pris son entourage en haine, il ne voulait plus demeurer chez sa tante. Il avait même fait une tentative de suicide, essayant de se pendre à l'hôtel où on lui avait loué une chambre.

Quand il arriva dans mon service, il était dans un état de maigreur et d'émaciation tel, qu'on eût dit un phtisique à la dernière période. Pâle, exsangue, les yeux éteints, il répond avec assez de calme aux questions qu'on lui fait ; il se montre très préoccupé par la crainte de ne pouvoir dormir la nuit prochaine, et il pense qu'il sera indispensable de lui faire une piqûre. Il se plaint de céphalalgie, de courbature, dit qu'il ne peut lire, les caractères lui dansant devant les yeux, se croit perdu. Il pèse 61 kilogr. La peau du ventre, des cuisses, des avant-bras, est tachetée par des centaines de petites cicatrices brunâtres, très rapprochées les unes des autres, quelques-unes ayant suppuré. En ce moment il y en a trois en pleine suppuration.

L'examen attentif de la poitrine m'ayant permis de constater que les poumons étaient absolument sains, ne trouvant d'ailleurs ni au cœur, ni dans aucun autre organe de trace de lésion quelconque, je me décidai à traiter le malade par la suppression brusque de la morphine ; me posant les deux indications suivantes : faciliter l'élimination du poison, et relever les forces du malade.

Je prescrivis donc le repos au lit, — du lait à discrétion, — chaque jour un litre de café noir, un pot de thé au rhum, l'alimentation à volonté (le malade n'a jamais bu de vin).

Les premiers jours furent très pénibles ; il accusait des fourmillements à la plante des pieds, des contractures dans les jambes, une douleur vague à l'épigastre, un sentiment de vide dans la tête ; l'insomnie per-

©BIUM

sistait. Pouls de 100 à 120 ; pas de fièvre. Urines rares, mais ne renfermant ni sucre ni albumine. Vomissements fréquents, que je combattais par la potion de Rivière, l'eau de Vals : je prescrivais aussi une potion au sulfate de spartéine 0,15, mais elle ne fut pas prise. Dès le 30, légère amélioration ; les vomissements ont cessé, le malade a pris le matin une tasse de chocolat, dans la journée un œuf à la coque. Le thé au rhum dont il est dégoûté, est remplacé par 50 grammes de cognac. La nuit a été meilleure, il demande à lire.

A partir de ce moment, l'amélioration marche à grands pas ; il y eut encore quelques vomissements, et, à plusieurs reprises, un peu de diarrhée ; le 5 juillet je lui ouvris un abcès à l'avant-bras ; mais l'appétit devint de plus en plus fort, les digestions se régularisèrent, et déjà le 14 août, le poids du corps était de 69 kilogr.

Quand il sortit, complètement guéri, le 13 septembre, il pesait 75 kilogr.

La guérison s'est maintenue ; M. X... a repris ses occupations ; je l'ai revu (fin nov.); il a une mine superbe, et est parfaitement décidé à ne pas recommencer.

L'observation que je viens de reproduire m'a paru intéressante en raison de la gravité des symptômes d'intoxication, et de l'heureux résultat que j'ai obtenu par la suppression brusque du poison.

Il y a, en effet, deux méthodes de traitement : par diminution progressive ou par suppression brusque. J'ai choisi la dernière, quoique je n'ignore pas qu'on lui reproche quelques cas de mort subite. M. le Professeur Ball en a rapporté un dans l'une des dernières séances de la Société médico-psychologique. Cependant, me rappelant que dans les cas de delirium tremens, j'ai toujours obtenu une guérison rapide, en supprimant brusquement l'alcool, j'ai pensé que la même méthode pouvait s'appliquer dans le cas actuel, et l'événement m'a donné raison. Ce qui m'a enhardi, c'est que dans aucun organe je n'avais trouvé de lésion inquiétante. En outre, deux essais de suppression progressifs avaient échoué antérieurement.

Mais quelque traitement que l'on veuille employer, il me paraît essentiel que le malade soit privé de sa liberté : la guérison est à ce prix. Or, comment séques-

©BIUM

trer le morphinomane? En a-t-on le droit? Je ne le crois pas, pas plus qu'on n'a le droit de séquestrer l'ivrogne. Mon malade a eu, — je dirai volontiers la chance, — de devenir aliéné, et comme tel il a pu être placé à Charenton.

A ce propos je ferai remarquer encore combien les accidents cérébraux se sont aggravés du moment où il a usé de la cocaïne : alors sont venues les hallucinations, les insomnies, et même la tendance au suicide.

M. Ball, vu l'heure avancée, ne veut pas aborder aujourd'hui la discussion du traitement de la morphinomanie par la suppression brusque. Il se borne à indiquer le moyen d'augmenter la solubilité de la morphine dans l'eau par l'addition d'alcool et l'élévation de la température à 30°, et à faire remarquer que la spartéine est bien mieux supportée par l'injection sous-cutanée que par l'ingestion stomacale.

M. Ritti. — A la même époque que M. Christian, je recevais dans mon service une malade morphinomane, qui, à la morphine, associait la cocaïne en injections sous-cutanées. Cette malade était délirante et avait des hallucinations de la vue : elle voyait le mur s'entrouvrir et apparaître son mari embrassant la dame de comptoir. Elle se trouvait en outre dans un véritable état de cachexie, avec un abcès à la cuisse droite. Je la traitai par la suppression brusque et le sulfate de spartéine à l'intérieur, ce dernier a été très bien supporté. Je prescrivis en outre tous les toniques et reconstituants : vin, café, thé, etc. Quand son état physique le permit, je la soumis à un traitement hydrothérapique régulier. Au bout de deux ou trois mois, la santé physique était redevenue excellente. Cette malade, qui avait essayé en vain, dans un établissement hydrothérapique, de la suppression lente de la morphine, a été guérie en quelques mois par la suppression brusque, et, d'après mes renseignements, la guérison s'est maintenue.

M. Briand est partisan de la suppression brusque. Les morphinomanes qu'il a pu suivre ne sont pas faits pour modifier sa manière de voir à cet égard, étant donnée surtout la grande difficulté qu'on éprouve à diminuer les doses avec certitude. Il est, toutefois, des précautions

©BIUM

élémentaires qu'on ne doit pas négliger de prendre : soutenir le malade en lui administrant des toniques et surveiller très attentivement le cœur. Si le patient avait des tendances syncopales, la digitale, la caféine, la spartéine et autres agents du même ordre suffiraient à rétablir l'équilibre.

La cocaïne que s'injectait le sujet de M. Christian me rappelle, ajoute-t-il, deux malades de mon service qui, elles aussi, avaient pris l'habitude dans les derniers temps, de mélanger la cocaïne à leur dose quotidienne de morphine : je n'ai pas présentes à l'esprit les quantités auxquelles elles en étaient arrivées, mais ce qui est certain, c'est que chez l'une et chez l'autre, peu de temps après avoir fait usage de cocaïne, de singuliers troubles de la sensibilité ont fait leur apparition.

C'étaient d'abord de petites secousses convulsives et très courtes des muscles sous-cutanés, plus fréquentes dans la région du dos, qui donnaient aux patientes la sensation d'un léger choc. Plus tard, quand survinrent les hallucinations de l'ouïe, les malades éprouvèrent la sensation d'une main leur frappant sur l'épaule en même temps qu'une voix les appelait. Plus tard, enfin, se montrèrent d'autres troubles de la sensibilité : il leur semblait qu'elles marchaient sur du coton. Il existait aussi chez l'une et chez l'autre des plaques d'anesthésie cutanée liées à l'hystérie, laquelle se manifestait par les modifications habituelles du caractère et un rétrécissement notable du champ visuel. — Y a-t-il entre les premiers phénomènes une relation de cause à effet? — Je n'ose le dire, mais j'ai cru qu'en tout cas, le fait méritait d'être rappelé.

Pour ce qui est de l'opportunité de la séquestration des morphinomanes, il n'y a qu'à leur appliquer les mesures applicables aux buveurs. Tant que le buveur ou le morphinomane ne délirent pas, il n'y a aucune raison de les séquestrer s'ils ne le demandent pas. Mais, dès que surviennent des hallucinations, la loi commune aux autres aliénés leur devient applicable.

M. Legrain. — En ce qui concerne la séquestration des morphinomanes, je crois qu'on peut les assimiler à des individus obsédés par des idées de suicide, et par conséquent les mettre hors d'état d'y céder. La séques-

©BIUM

tration n'a donc pas seulement pour but de les forcer à subir le traitement et on peut sans scrupule y recourir.

M. BALLET. — Je pense comme M. Christian que la suppression brusque est meilleure — quoiqu'elle ait ses dangers — que la suppression lente. Mais si l'isolement du morphinomane est indispensable pour le guérir, est-il nécessaire de l'interner dans un asile? Je ne le pense pas, et je crois qu'on peut organiser une surveillance suffisante dans un établissement d'hydrothérapie, dont le malade sort sans être frappé aux yeux du public de la tare qui pèse sur ceux qui ont été placés dans un établissement d'aliénés. Il faut, bien entendu, que le malade consente à rester dans cet établissement où la loi ne peut le retenir comme dans un asile. Mais on peut le convaincre assez facilement, et avec une énergie suffisante du médecin il est plus aisé d'appliquer la suppression brusque que la suppression lente, qui réclame de la part du malade et du médecin une ténacité beaucoup plus grande.

M. GARNIER. — Je ne crois pas qu'on puisse placer dans un asile un morphinomane pas plus qu'un ivrogne, sous prétexte qu'ils nuisent à leur santé. Ce n'est que lorsqu'ils délirent que nous en avons le droit.

M. G. PICHON. — Je ne veux pas entrer dans le fond de la discussion, le sujet est trop connu pour que j'insiste ici. Je veux simplement répondre un mot à M. Ballet à propos du traitement et parler très brièvement de sa fréquence et de l'élévation des doses qu'on peut observer.

C'est qu'en effet la morphinomanie est devenue si fréquente qu'on peut craindre que l'ivrognerie morphinique n'arrive, d'ici peu de temps, à ressembler à l'ivrognerie alcoolique. Je me suis beaucoup occupé de cette question, et, dans un travail que j'ai présenté au concours à l'Académie de médecine, j'ai pu baser mes conclusions sur soixante observations. Et encore je n'ai recueilli que les faits les plus intéressants. Vous comprendrez donc que je n'abuse pas de vos instants en vous citant des cas d'intoxication morphinique. C'est devenu un vice trop banal.

Mais, non seulement la passion morphinique est

©BIUM

devenue malheureusement bien fréquente, on peut ajouter aussi que les doses employées atteignent maintenant parfois un chiffre énorme. M. Christian vient de citer deux à trois grammes d'injection quotidienne. Dans le travail dont je parlais tout à l'heure, j'ai observé personnellement des malades qui prenaient journellement 4, 5 et 6 grammes de morphine. J'ai même cité la dose de 9 grammes, que je n'ai jamais lue nulle part. Cette dose peut être affirmée par le médecin qui soignait le malade dont il s'agit et qui était son ami, et par moi qui le connaissais fort bien.

Un autre point plus intéressant dans cette question et plus discuté, c'est le *traitement*. M. Ballet, parlant des hôpitaux, a dit qu'il était inutile d'essayer le traitement, et qu'on était toujours trompé. Cette assertion est peut-être vraie pour les hôpitaux; mais j'affirme que pour ce qui regarde les asiles d'aliénés, elle n'est pas fondée. En effet, on peut traiter et on traite tous les jours avec succès dans les asiles, les morphinomanes, soit que le traitement employé s'appelle *suppression progressive* ou *suppression brusque*. J'ai cité plus de vingt cas de guérison parfaite obtenue dans ces conditions. Et, en ce moment encore, il y a deux morphiniques à Sainte-Anne et dans le service de la clinique de la Faculté, qui sortiront parfaitement guéris. Ici, à propos du traitement et de ses deux modes, je dois dire que la *suppression brusque* est très grave : j'ai observé trois cas de mort par ce procédé. Elle n'a que des indications exceptionnelles, et on doit lui préférer la *suppression progressive*, qui donne d'excellents résultats, mais seulement dans les asiles. — Je n'ai voulu, messieurs, attirer seulement l'attention, que sur quelques points particuliers de cette grave question.

M. Riu. — Puisque l'observation de morphinomanie rapportée par M. Christian a soulevé une discussion, si intéressante à divers titres, je demande la permission à la Société médico-psychologique de rapporter succinctement deux observations sur le même sujet.

Première observation. — La première est celle d'une malade, entrée d'abord à l'Hôtel-Dieu d'Orléans dans un service médical. L'instabilité et les hallucinations dont cette malade était atteinte, la rendaient un sujet de

©BIUM

désordre dans la salle des fiévreux ; elle fut transférée dans mon service, au quartier des aliénés. A son arrivée, l'état général de la malade était très mauvais. Depuis deux ans au moins elle faisait usage de morphine ; elle s'injectait jusqu'à 1 gr. 50 par jour de chlorhydrate de morphine avec des aiguilles mauvaises. Si bien qu'elle portait les cicatrices de plus de deux cents abcès sur diverses régions du corps, notamment sur les cuisses, les bras et la région du dos.

Malgré cet état général, je supprimai brusquement la morphine. Pendant quelques jours l'état général empira : la malade vomissait tout ce qu'elle ingérait dans son estomac. Ces vomissements ne cessèrent définitivement qu'après six mois de traitement, pendant lesquels nous avons fait des lavages de l'estomac suivis d'injections de matières alimentaires avec le tube de Faucher. Les hallucinations étaient devenues de plus en plus rares ; mais elles n'ont cessé définitivement et la malade n'est sortie guérie qu'après plus d'un an de traitement.

Deuxième observation. — La deuxième observation concerne une malade qui a cherché la guérison de grandes crises d'hystérie par des injections de morphine. Elle a été soignée dans un service médical de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, et elle est sortie non guérie, pour aller à Paris demander conseil à un de nos maîtres, lequel conseilla d'abord l'internement. Puis, ne pouvant vaincre les répugnances que soulevait cette mesure, il conseilla d'essayer l'hypnotisme.

C'est dans ces conditions que la malade se présenta à ma consultation pour me demander de traiter ses crises par l'hypnotisme, mais en se gardant bien de me dire qu'elle continuait à se faire des injections de morphine. Ce ne fut que plus tard, longtemps après, que pendant le sommeil hypnotique, la malade me révéla que ses crises d'hystérie étaient provoquées alors par les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine.

Elle était arrivée à s'injecter 0,50 centigrammes par jour, depuis un an environ.

Pendant le sommeil hypnotique il se produisait fréquemment des hallucinations terrifiantes ; mais à l'état de veille, il ne s'en était jamais manifesté. Je n'ai pas

©BIUM

pour but de rapporter ici tous les phénomènes observés pendant le sommeil hypnotique. J'y reviendrai plus tard à propos de nouvelles observations. La malade a été soignée au domicile d'une de ses tantes qui a eu elle-même jadis des crises d'hystérie.

Dès que la cause des crises me fut connue, je fis supprimer brusquement les injections de morphine. Je dois cependant dire que ce jour-là, j'avais profité du sommeil hypnotique pour dire à la malade qu'elle n'aurait plus de morphine et qu'elle n'aurait plus de crises.

Dès le deuxième jour après la suppression de la morphine, la malade eut d'abord des nausées et des troubles de la sensibilité générale ; elle accusait des constrictions des poignets, des muscles de la région lombaire et des mollets. Des sueurs profuses se produisirent et la malade disait que cette sueur sentait la chauve-souris. Vers la fin du deuxième jour, survinrent des vomissements et des selles diarrhéiques de matières verdâtres, bilieuses. Pendant la nuit du troisième jour, la malade eut un accès de somnambulisme avec hallucinations terrifiantes. Le pouls était descendu à 50 pulsations par minute. Il se produisait des syncopes légères presque toutes les heures. J'ai passé une partie de la nuit auprès de cette malade. Par la compression des globes oculaires, j'ai pu provoquer un sommeil assez calme qui a duré une heure deux fois et deux fois deux heures. Je profitais du réveil pour lui faire prendre du café et des infusions de feuilles de coca avec quelques cuillerées de bon cognac.

Les vomissements et la diarrhée ont cessé à partir du cinquième jour.

La malade a pu prendre des aliments. Les troubles de la sensibilité générale se sont atténués progressivement et le pouls s'est relevé. Une seule chose fatiguait la malade, c'est l'insomnie, qui a duré pendant une dizaine de jours encore.

Depuis lors l'état général s'est encore amélioré, il ne s'est plus produit de crises d'hystérie et nous pouvons considérer la malade comme guérie.

M. Vallon. — Dans les observations de morphinomanie, on ne tient pas assez compte de ce qu'étaient les malades avant de s'être livrés à la morphine. Le plus

©BIUM

ordinairement, ce ne sont pas des êtres normaux, et très souvent ce sont des hystériques. On ne fait pas alors la part de ce qui revient à la morphine et de ce qui revient à l'hystérie ou à l'état mental antérieur du morphinomane, et je crois cependant qu'il y a là des indications pour le choix du traitement.

Classification des maladies mentales (suite).

M. H. DAGONET. — Messieurs, je vous demande la permission de vous présenter quelques remarques au sujet de la communication qui vous a été faite par notre honorable collègue le Dr Garnier.

M. Paul Garnier, après avoir dit que les classifications actuellement en faveur reposent sur les éléments fournis par l'anatomie pathologique, l'étiologie et la symptomatologie, propose d'y joindre un autre caractère déjà indiqué par le Dr Schüle, celui de l'évolution morbide.

Sur ce dernier point une observation s'impose.

Il me paraît difficile au début d'une forme quelconque d'aliénation mentale d'affirmer l'évolution future, et d'indiquer à l'avance la marche et les périodes que la maladie devra traverser. Il existe d'ailleurs, on le sait, un certain nombre de maladies mentales, de psychoses, qui précisément se caractérisent par l'absence de toute évolution, qui restent stationnaires pendant toute la vie de l'individu, comme s'il y avait, pour me servir d'une expression de M. Jules Falret, une sorte de cristallisation. Il n'est pas de médecins d'asiles d'aliénés qui n'aient observé de ces malades hypochondriaques, persécutés, mégalomanes, qui, pendant vingt, trente, quarante ans, sont restés du commencement à la fin, avec les mêmes idées fausses, les mêmes sentiments déraisonnables, qui n'ont présenté, en un mot, pendant tout ce temps, aucun changement dans leur état mental.

Il en est de même pour les folies qui viennent compliquer l'épilepsie, l'hystérie, d'autres névroses dont on a fait avec raison une classe à part et dans lesquelles on ne remarque aucune évolution caractéristique.

Griesinger émettait cette opinion qu'il n'était pas possible de faire une classification des maladies menta-

©BIUM

les basée sur leur *nature*, c'est-à-dire sur les altérations anatomiques du cerveau qui leur donnent naissance. Aujourd'hui, comme à cette époque, les auteurs sont unanimes à le reconnaître, les progrès de la science ne permettent pas encore de prendre cette donnée comme base de classification.

M. Baillarger avait fait justement remarquer que dans beaucoup de cas de folie, il n'existe pas une lésion palpable du cerveau, c'est une simple irritation nerveuse, ou un trouble de nutrition que jusqu'à présent il n'est pas possible de démontrer.

Souvent, dit ce savant médecin, les causes de la folie agissent de telle façon qu'elles ne déterminent pas de lésions anatomiques. Souvent aussi la folie n'est que le symptôme d'une maladie cérébrale dont à l'origine, au début de l'affection mentale, on ne connaît pas les lésions anatomiques, mais qui, plus tard, amène l'atrophie du cerveau, l'hydrocéphalie chronique, etc... ; ce sont là, probablement, les conséquences des troubles de nutrition, peut-être de nature inflammatoire.

Dans d'autres cas, enfin, la folie est réellement produite par un travail inflammatoire de l'encéphale, comme dans la paralysie générale, qui ne doit rentrer que d'une manière incidente dans le cadre des folies proprement dites. (Griesinger, p. 195.)

Au point de vue même des localisations cérébrales, au sujet desquelles de nombreuses et minutieuses recherches ont été faites dans ces derniers temps, beaucoup de points sont encore en discussion. L'on doit faire, dit le Dr Jules Glover, des restrictions non seulement sur le siège dans l'écorce cérébrale de la zone sensitive, comme de la zone intellectuelle, mais aussi sur le trajet intra-cérébral des fibres intellectuelles. Intelligence et sensibilité sont deux fonctions qui jusqu'à présent ont échappé aux efforts de la localisation, et qui probablement déjoueront toutes les tentatives faites dans le but de leur assigner un centre fonctionnel. (*Arch. de neurologie*, septembre 1888, p. 251.) Brown-Séquard ne va-t-il pas jusqu'à contester même la réalité de toutes les localisations ?

L'*étiologie* ne pouvait pas davantage servir de base suffisante à la classification ; on ne saurait méconnaître,

©BIUM

toutefois, qu'elle imprime un cachet tout particulier, véritablement caractéristique, à certaines formes d'aliénation mentale ; l'épilepsie, l'hystérie, l'alcoolisme et d'autres affections rentrent dans cette catégorie.

Morel a ouvert une large voie à l'observation ; nous lui devons les premières données sur le type des dégénérés. Il a cherché, comme il le dit lui-même, à résoudre ce problème difficile qui consiste à trouver les lois de la filiation que l'on remarque entre certains caractères de l'ordre intellectuel, physique et moral, observés chez certains êtres dégénérés, et les conditions pathologiques des ascendants. (*Ann. méd.-psych.*, 1864, p. 453.)

Mais, comme tout novateur, il a donné une portée trop grande à cette idée, et il a voulu établir des groupes, des familles, des variétés de dégénérés, des ressemblances que l'on remarquerait entre individus d'une même provenance pathologique. « Les variétés de dégé-« nérescence de l'espèce humaine se distinguent, dit-« il, les unes des autres par la raison que certaines « causes maladives qui atteignent profondément l'or-« ganisme, produisent plutôt telle dégénérescence que « telle autre ; elles forment des groupes ou des familles « qui puisent leurs éléments distinctifs dans la nature « de la cause qui les a produits. » Dans cet ordre d'idées, l'auteur expose des types de descendants d'alcooliques, où l'on trouverait des caractères très différents des caractères de même ordre observés dans d'autres variétés de dégénérés.

Ce sont là des faits que Morel avait le tort de généraliser. Depuis, on a donné une extension encore plus grande à cette expression de dégénérés ; on a compris dans cette catégorie non seulement tous les individus qui ont présenté des anomalies psychiques dans le cours de leur existence, mais encore ceux qui offrent, au point de vue du délire, des manifestations bizarres, comme la plupart de ceux qui sont dominés par des idées ambitieuses.

Il en est de même pour les folies héréditaires dont la création est due à Morel. Il distinguait quatre formes principales de folies héréditaires : 1° celles qui sont dues à l'exagération extrême du tempérament nerveux des parents ; 2° celles qui consistent dans les excentricités,

©BIUM

les perversités de toutes sortes, l'intelligence étant d'ailleurs bien conservée, qui se traduisent, en un mot, par des actes insensés plutôt que par le délire des pensées ou des paroles ; 3° celles qui sont caractérisées par l'inertie intellectuelle et la dépravation excessive des tendances morales (maniaques instinctifs) ; 4° celles où l'on observe la suppression de toute initiative ou toute spontanéité intellectuelle (simples d'esprit, imbéciles, idiots).

Morel faisait justement remarquer que cette influence héréditaire tend à disparaître par des mariages avec des individus sains ; qu'elle s'exagère, au contraire, quand ces individus se marient entre eux, et arrivent alors aux dégénérescences extrêmes.

Les caractères que Morel a assignés à la folie héréditaire, dit Griesinger, sont mal déterminés, et insuffisants pour permettre de reconnaître dans tous les cas une pareille forme d'aliénation. Suivant cet auteur, elle affecte plutôt les sentiments que l'intelligence, elle donne lieu à des intermittences et à des exacerbations considérables ; elle débute brusquement sous l'influence de causes insignifiantes, se complique rarement de paralysies.

Les individus qui en sont atteints se distinguent par l'extrême impressionnabilité de leur caractère, leur originalité, leurs excentricités ; enfin on trouve quelquefois à côté des aberrations des sentiments et de l'intelligence, des aptitudes remarquables. (Griesinger, trad. Doumic, p. 187.)

La prédisposition héréditaire, nul ne le conteste, est la cause la plus puissante de l'aliénation mentale ; mais cette cause imprime-t-elle toujours à la forme mentale qu'elle vient développer des caractères tellement certains, qu'il soit possible à la seule inspection des symptômes d'en affirmer l'existence? C'est là ce que nous contestons.

L'hérédité détermine les formes d'aliénation mentale les plus diverses, souvent elle les aggrave ; mais elle ne crée pas nécessairement ces anomalies bizarres, extraordinaires, monstrueuses que l'on rencontre chez quelques aliénés, et qui peuvent aussi bien se produire en dehors de toute influence héréditaire. Les tableaux sta-

©BIUM

tistiques que nous avons fait dresser ne nous laissent aucun doute à cet égard.

Morel, dit Marcé, en prenant pour base l'étiologie s'était fondé sur ce fait incontestable que, dans beaucoup de cas, la nature de la cause imprime à la maladie quelques modifications spéciales ; mais, ajoute-t-il, lorsque l'on considère attentivement les divisions qu'il a adoptées, on s'aperçoit bien vite qu'elles n'offrent aucune délimitation rigoureuse, et qu'elles laissent de côté les caractères importants des maladies pour s'attacher à des faits tout à fait secondaires. La folie hystérique et la folie épileptique empruntent quelque chose de spécial à la névrose qui les a causées, mais la forme maniaque ou mélancolique qu'elles revêtent semble trop importante pour être placée au dernier rang.

Dans la folie héréditaire, telle que Morel l'a décrite, je ne trouve, continue l'auteur que nous citons, aucun caractère spécifique ; chaque jour, ne voit-on pas sous l'influence de l'hérédité se développer les affections mentales les plus diverses, depuis la monomanie jusqu'à la paralysie générale. Enfin, en suivant le même principe de classification, dans quelle catégorie placer les maladies mentales accidentelles dont la cause réelle est souvent insaisissable ?

Prichard, Griesinger et d'autres auteurs ont admis deux grands groupes d'états fondamentaux, d'anomalies psychiques qui représentent les deux différences les plus essentielles de la folie. Dans l'un se placent les troubles de la sensibilité morale, dans l'autre ceux de l'intelligence et de la volonté. Il est inutile de faire remarquer que les phénomènes psychiques, en se combinant entre eux, donnent lieu aux variétés, aux états intermédiaires qui font précisément l'objet de l'étude clinique.

Prichard, et, depuis, d'autres auteurs, se plaçant à ce point de vue, ont décrit sous le nom de folie morale, moral insanity, les désordres pathologiques de la sensibilité, du sens moral. Sous l'influence d'un véritable état pathologique, on voit les sentiments se pervertir sans que la faculté de raisonner paraisse altérée. Les individus atteints peuvent parler raisonnablement de toutes choses, donner des explications sensées, et cher-

©BIUM

cher même à justifier les mauvais sentiments auxquels ils obéissent. Cette folie morale que Pinel a décrite sous le nom de manie sans délire, folie raisonnante, que Georget, Esquirol, ont admise sous d'autres noms, dans laquelle rentre la folie impulsive proprement dite, me paraît devoir être conservée dans le cadre nosologique.

Au point de vue des troubles intellectuels les auteurs, dans la description particulière qu'ils en donnent, admettent tous une classification à peu près identique.

Ces états psychopathiques, lorsqu'ils sont caractérisés par le désordre dans l'association des idées, ont été désignés sous le nom de *manie*. Lorsque l'association des idées est faussée, on a affaire aux délires partiels, systématisés avec exaltation, comme le Wahnsim des Allemands, la mégalomanie de quelques auteurs français, etc...

Cette systématisation délirante, lorsqu'elle s'accompagne de dépression, comprend les nombreuses variétés du délire mélancolique qu'Esquirol désignait plus scientifiquement sous le nom de lypémanie. Lorsqu'enfin cette association des idées, et les fonctions intellectuelles sont en quelque sorte suspendues, l'affection porte les noms de stupeur, stupidité, démence aiguë, melancolia attonita, catatonie, etc... Cette division nécessairement artificielle, comme la plupart des classifications pour les maladies dont il est impossible de connaître la cause intime et qui dépendent de modifications cérébrales les plus variables, n'exclut pas la recherche de la lésion anatomique qui pourrait en rendre compte.

A côté des folies proprement dites, des formes élémentaires d'aliénation, les auteurs ont distingué plus récemment une classe étiologique comprenant les folies accompagnées de certaines névroses, hystérie, épilepsie, etc., et celles qui se sont développées sous l'influence d'une intoxication plus ou moins prolongée, les folies alcolique, morphinique, la pellagre, etc.

Marcé en rappelant qu'Esquirol, suivant en cela la voie tracée par Pinel, avait pris les symptômes comme base de classification, fait observer qu'aux mots de monomanie, de lypémanie, Ferrus a, le premier, substitué le terme de délire partiel.

©BIUM

Si nous ne croyons pas, dit-il, devoir admettre une classification basée sur les causes des maladies, nous ne discutons même pas la possibilité, dans l'état actuel de la science, de fonder une classification des vésanies uniquement sur l'anatomie pathologique. Bien que la découverte de la paralysie générale ait donné à cet élément une importance nouvelle, nos connaissances sur ce sujet sont trop restreintes pour nous permettre d'aller au delà.

La classification qu'il propose est particulièrement empruntée aux classifications de Ferrus, de Parchappe et surtout à celle de Baillarger. Ce sont :

1° Les vésanies pures, comprenant le délire général, le délire partiel, la démence.

2° Les vésanies associées entre elles, formes complexes de M. Jules Falret, auxquelles on a donné les noms de mélancolie maniaque, de manie mélancolique, de folie à double forme. Ce caractère complexe du trouble mental est précisément le phénomène caractéristique des maladies que l'on a désignées sous le nom de névroses ; c'est ainsi qu'on voit l'extase, la catalepsie, le somnambulisme s'associer, se combiner et se remplacer les uns les autres.

3° Les vésanies avec lésion organique, la paralysie générale.

4° Celles qui sont associées à diverses névroses, l'épilepsie, l'hystérie, la chorée, ou qui sont sous la dépendance d'intoxications, alcoolisme, pellagre.

5° Enfin, les états congénitaux, idiotie, imbécillité, crétinisme.

L'observation clinique et la symptomatologie servent de base à cette classification de Baillarger, complétée par Marcé et quelques autres auteurs ; elle emprunte aussi quelques-uns de ses éléments à l'étiologie. Elle se rapproche des classifications allemandes, de celle, par exemple, du Dr Schüle qui admet les *psycho-névroses* proprement dites, vésanies pures de Baillarger, comprenant la manie, la mélancolie avec leurs formes secondaires ; les *cérébro-psychoses* dans lesquelles sont placées les formes graves d'aliénation mentale, la stupeur, le délire systématisé, les folies hystérique, épileptique, celles qui sont dues à des intoxications ; les *céré-*

©BIUM

bropathies, psychoses ou vésanies résultant des maladies organiques du cerveau.

La classification de Baillarger est claire ; elle ne repose pas sur des vues théoriques et elle n'est pas encombrée de détails qui viennent l'obscurcir. Nous ne voyons pas l'avantage qu'il y aurait à lui substituer toute autre classification peu connue, fort discutable, qui ne serait pas acceptée par la majorité des médecins, et qui, contrairement à l'opinion de M. Paul Garnier, ne pourrait pas servir de base à une classification internationale.

Comme conclusion, je crois qu'aucune classification n'est assez parfaite pour être universellement acceptée. Je propose donc de conserver la classification de Baillarger, du chef de l'école psychiatrique française. Sa classification, la meilleure que nous possédions, peut être facilement mise au courant de la science. C'est dans ce sens que je vous propose de répondre à la Société d'Anvers.

La séance est levée à six heures.

CHARPENTIER.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

Verslag betreffende het gesticht Meerenberg over het jaar 1886 (Rapport sur l'asile de Meerenberg (Hollande) pour l'année 1886); par le Dr J. van Persijn, directeur médecin en chef. Broch. in-8°, Haarlem, 1887.

Dans ce rapport concernant l'ensemble des faits administratifs et médicaux qui se sont passés à l'asile de Meerenberg pendant l'année 1886, l'auteur mentionne l'acquisition de 12 hectares de terrain sur lesquels s'élève déjà une partie des nouvelles constructions. Il entre ensuite dans les détails les plus minutieux relativement à l'acquisition des nouveaux objets mobiliers, et aux travaux d'amélioration exécutés dans le courant de l'année. Parmi ces travaux, il y a lieu de mentionner la création de nouveaux séchoirs offrant comme particularité d'être divisés en autant de sections qu'il y a de quartiers de malades. Chacune de ces sections devant toujours recevoir le linge du même quartier, il en résulte une régularité beaucoup plus grande dans ce service.

Personnel. — Au chapitre relatif au personnel, il y a lieu de mentionner la proportion énorme des vacances survenant annuellement dans le chiffre des infirmiers ou infirmières. Ce personnel, qui s'élève à 110 hommes et 73 femmes, a présenté, dans le courant de l'année 1886, 90 vacances.

C'est l'asile lui-même qui paie les pensions de retraite de ses fonctionnaires ou employés. Les fonds affectés à ce service, et placés en rentes sur l'Etat, représentent actuellement un capital de 190,600 florins.

Service médical. — Les admissions ont été, dans le courant de l'année 1886, de 54 hommes et 37 femmes, soit 91 malades. Le chiffre des décès ne s'est élevé qu'à 69 sur une population totale de 1,005 malades, soit 6,8 pour 100. Le chiffre des sorties a été de 54. Il y a lieu de noter à propos des sorties qu'une société établie à Amsterdam pour la protection des aliénés guéris, a dans plusieurs cas facilité la sortie de ces derniers et

©BIUM

leur a rendu les plus grands services. Au nombre des sorties figure un aliéné épileptique dont la guérison complète est de la part du Dr Van Persijn l'objet d'une observation très intéressante.

Dans le courant de l'année, l'asile de Meerenberg a complété son service médical déjà composé de quatre médecins, par la création d'un poste de prosecteur. Ce poste est occupé par M. Van Brero et c'est à lui que sont dus les nombreux résultats d'autopsies publiés dans ce rapport. Parmi ces dernières il y a lieu de citer un cas de myélite diffuse, dont les lésions sont décrites avec un soin tout particulier, et d'autres relativement très nombreuses dans lesquelles l'auteur a constaté, chez des épileptiques, des altérations et plus souvent des diminutions de volume des cornes d'Ammon, 11 fois sur 15. Ces altérations ont, il est vrai, également été constatées par lui chez quelques aliénés non épileptiques. Il y a lieu de noter également, parmi ces résultats d'autopsies, une fréquence relativement très grande des cas de tuberculose.

En terminant son rapport, le Dr Van Persijn entre dans quelques détails relativement aux autres services de l'asile, culte, instruction, moyens de récréation.

Les moyens de contrainte, autres que l'isolement en cellule, n'existent pas à Meerenberg.

Il y a lieu toutefois de constater que le nombre des malades employés aux travaux agricoles est très inférieur à celui qui existe dans les asiles français. L'insuffisance extrême de ce moyen de traitement explique peut-être le chiffre considérable des malades qui ont dû être isolés en cellule, dans le courant de l'année : 111 hommes et 72 femmes.

Dr Germain Cortyl.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— The annual Report of the department for the insane of the Pennsylvania Hospital. For the year ending fourth Month, 21 st, 1888 (Rapport annuel du quartier des aliénés à l'hôpital de Pensylvanie, pour l'année 1888). Broch. in-8° de 42 pages avec planches. Philadelphie, 1888.

— Compte général de l'administration de la justice crimi-

©BIUM

nelle en France et en Algérie pendant l'année 1886, présenté au Président de la République par le garde des sceaux, ministre de la Justice et des Cultes. 1 vol. in-4° de 176 pages. Paris. Imprimerie nationale, 1888.

— De l'utilité et des dangers de l'hypnotisme; par le Dr François Semal, médecin-directeur de l'asile d'aliénées de Mons, correspondant de l'Académie royale de médecine de Belgique. Extrait du *Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique*. Broch. in-8° de 57 pages. Bruxelles. F. Hayez, 1888.

— Asile public d'aliénés de Clermont (Oise). Compte rendu du service médical pendant l'année 1887; par les Drs Martineng et Schils. Broch. in-8° de 19 pages. Clermont, 1888.

— Les douleurs hystériques et la simulation; par le Dr Ch. Féré, médecin de Bicêtre. Broch. in-8° de 12 pages. S. l. n. d.

— On paralysis by exhaustion (Paralysie par épuisement); par le Dr Ch. Féré. Extrait de *Brain*. Broch. in-8° de 8 pages. Londres, 1888.

— Traité clinique des maladies mentales; par le Dr H. Schüle, médecin de l'asile d'Illenau (Grand-Duché de Bade). Traduit de l'allemand sur la 3e édition par les Drs J. Dagonet et G. Duhamel. Deuxième fascicule. 1 vol in-8° de 286 pages. Paris, 1888. Lecrosnier et Babé, édit.

— Mittheilungen aus der psychiatrischen Klinik in Prag (Communications de la clinique psychiatrique de Prague); par le professeur A. Pick. Extrait des *Jahrbücher für Psychiatrie* (VIII vol. fasc. 1 et 2). Broch. in-8° de 33 pages.

— Hypnotisme. Etats intermédiaires entre le sommeil et la veille; par le Dr Coste de Lagrave. 1 vol. in-16° de 160 pages. Paris, 1888. J.-B. Baillière et fils, édit.

— Thirtieth annual report of the general Board of Commissionners in Lunacy for Scotland. (Trentième rapport annuel du comité général des *Commissionners in Lunacy* de l'Ecosse). 1 vol. in-8° de 122 pages. Edimbourg, 1888.

— De l'emploi de l'hyosciamine comme hypnotique; par le Dr Georges Lemoine, professeur agrégé à la Faculté de Lille. Broch. in-8° de 14 pages. Paris. Imprimerie Rousset et Cie.

— Recherches cliniques sur le délire hypocondriaque. Valeur séméiologique; par le Dr A. Journiac, interne des asiles de la Seine. Thèse de Paris, 1888. Broch. in-8° de 90 pages. Lecrosnier et Babé, édit.

— Studi di anthropologica sulla pazzia. II. Sul peso de l'encefalo in rapporto con i caratteri craniometrici negli alienati (Etudes d'anthropologie pathologique sur la folie. II. Sur le poids de l'encéphale dans ses rapports avec les caractères crâ-

©BIUM

niométriques des aliénés). Deuxième note ; par le professeur Enrico Morselli. Broch. in-8° de 30 pages. Extrait de la *Rivista sperimentale di freniatria*. Reggio nell' Emilia, 1888.

— De l'hypnotisme. Discours prononcé à l'Académie royale de médecine le 28 avril 1888 ; par le Dr Lefebvre, professeur à l'Université de Louvain. Broch. in-8° de 49 pages. Extrait du *Bulletin* de l'Académie, Bruxelles, 1888.

— Sulfonal, ein neues Schlafmittel (Le sulfonal, un nouvel hypnotique) ; par le professeur A. Kast, de Fribourg en Brisgau. Broch. in-8° de 15 pages. Extrait du *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1888, n° 16.

— Ueber die Wirkung des Sulfonals (De l'action de sulfonal) ; par le Dr G. Rabbas, médecin assistant de l'asile d'aliénés de Marbourg. Broch. in-8° de 7 pages. Extrait du *Berliner Klin. Wochenschrift*. 1888, n° 17.

— Etude sur le dédoublement des opérations cérébrales et sur le rôle isolé de chaque hémisphère dans les phénomènes de la pathologie mentale ; par le Dr J. Luys, membre de l'Académie de médecine. Broch. in-8° de 47 pages. Paris, 1888. Aux bureaux de l'*Encéphale*.

— Compendium der Psychiatrie für praktische Aerzte und Studirende (Compendium de psychiatrie pour médecins praticiens et étudiants) ; par le Dr J. Salgo, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Budapest. 2e édition améliorée et très augmentée du *J. Weiss Compendium*. 1 vol. in-8° de 435 pages. Vienne 1889. Bermann et Altmann, édit.

— Le Dr Maillot, ancien président du Conseil de santé des armées, récemment honoré d'une récompense nationale, et son œuvre ; par le Dr Abeille, ancien médecin ordinaire à l'hôpital du Val-de-Grâce. Broch. in-8° de 8 pages. Paris, 1888. Typ. Ch. Unsinger.

— La discussion sur le délire chronique à la Société médico-psychologique ; par le Dr Rouillard, chef de clinique des maladies mentales. Broch. in-8° de 15 pages. Paris, 1888. Aux bureaux de l'*Encéphale*.

— Contribution à l'étude des phénomènes d'épuisement consécutifs à l'accès d'épilepsie ; par Ch. Féré, médecin de Bicêtre. Broch. in-8° de 8 pages. Extrait des *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux* (séance du 10 août 1888.)

— Bâillements chez un épileptique ; par le Dr Ch. Féré. Broch. in-8° de 7 pages. Extrait de la *Nouvelle iconographie de laSalpêtrière*. S. l. n. d.

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

— *Décret en date du* 10 *décembre* 1888 : M. le Dr Mairet, agrégé des facultés de médecine, est nommé professeur de clinique des maladies mentales et nerveuses à la Faculté de médecine de Montpellier.

— *Faculté de médecine de Paris* : M. le Dr Gilbert Ballet, agrégé en exercice, s'est spécialisé dans la chaire des maladies mentales ; et M. le Dr Brissaud, agrégé en exercice, dans celle des maladies du système nerveux.

— *Faculté de médecine de Lyon* : M. le Dr Belous est nommé pour deux ans chef de clinique des maladies mentales, en remplacement de M. Taty, dont le temps d'exercice est expiré.

— *Asiles d'aliénés de la Seine* : M. le Dr Arnaud, interne de l'asile Sainte-Anne, a obtenu, après concours, la bourse de voyage (2,000 fr.).

— *Arrêté du* 12 *novembre* 1888 : M. le Dr Rouillard, chef de la clinique des maladies mentales, est nommé médecin adjoint de l'asile Sainte-Anne et placé dans la 2e classe de son grade (2,500 fr.).

— *Arrêté du* 29 *novembre* 1888 : M. le Dr Nolé, médecin adjoint de l'asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais), est nommé médecin adjoint à l'asile de Braqueville (Haute-Garonne), en remplacement de M. le Dr Barandon, démissionnaire. Il est maintenu dans la classe exceptionnelle de son grade (4,000 fr.).

NÉCROLOGIE

Dr Cavalier. — Le Dr Cavalier, professeur honoraire à Faculté de médecine de Montpellier, ancien médecin en chef de l'asile public d'aliénés de l'Hérault, vient de mourir à l'âge de soixante-huit ans.

En 1848, le Dr Cavalier fut nommé, à la suite d'un concours, interne à l'asile de Montpellier et devint successivement médecin adjoint et médecin en chef de cet établissement. Pendant trente-neuf ans, il resta attaché à l'asile et y opéra de grandes et profondes réformes ; depuis nombre d'années, il était parvenu à supprimer tout moyen de contention.

Cavalier était dans toute l'acceptation du mot un véritable

©BIUM

médecin aliéniste : il aimait profondément ses malades ; il l'a prouvé d'ailleurs, en leur laissant par testament une somme de 12,000 francs.

Agrégé de la Faculté de médecine, il avait été nommé en 1869, professeur de pathologie générale : chaire qui fut sur sa demande transformée, en 1880, en chaire de clinique des maladies mentales et nerveuses. Il a occupé cette dernière chaire jusqu'à la fin de la dernière année scolaire, où il fut forcé par la maladie d'abandonner tout service et fut nommé professeur honoraire.

Cavalier laisse peu d'écrits concernant l'aliénation mentale. A part des rapports médico-légaux très remarqués, nous ne connaissons de lui comme ouvrages de psychiatrie que sa thèse de doctorat sur la *Fureur épileptique*, qui jouit d'une légitime notoriété, et un travail sur le *Délire des sortilèges* resté inachevé.

A. M.

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine a tenu sa séance publique annuelle le 11 décembre 1888, sous la présidence de M. Hérard.

Parmi les prix décernés, nous relevons ceux qui ont été accordés à des travaux sur la pathologie mentale et nerveuse :

Prix Barbier. — L'Académie accorde à titre d'encouragement 500 francs à M. le Dr Emile Goubert, de Paris, pour un mémoire *sur le traitement de l'épilepsie par le bromure d'or.*

Prix Civrieux. — 800 francs. — Question : *Des hallucinations de l'ouïe.*

Un seul mémoire a concouru. Il avait pour devise : « *L'homme en tout ce qu'il fait hésite et se trompe, il n'arrive au vrai que par des erreurs corrigées.* » L'Académie décerne le prix à l'auteur de ce travail, M. le Dr Descourtis, de Paris.

Prix Falret. — 1,500 francs. — Question : *Des rapports entre la paralysie générale et la syphilis cérébrale.*

Cinq mémoires sur cette question ont été présentés à l'Académie. Un prix de 1,000 francs est décerné à M. Raoul Régnier, interne des hôpitaux de Paris, pour son mémoire portant cette devise : « *Ars medica tota in observationibus.* »

L'Académie accorde en outre : Une mention honorable avec 250 francs, à MM. Morel Lavallée et Bélières, de Paris, auteurs du mémoire qui a pour épigraphe : « *Mens sana in corpore sano.* » — Une mention honorable, avec 250 francs, à M. Mabille, médecin en chef, directeur de l'asile des aliénés de Lafond (Charente-Inférieure), auteur du mémoire portant la devise suivante : « *On meurt rarement, pour ne pas dire jamais, de la syphilis cérébrale par le fait des lésions syphilitiques...* ».

©BIUM

Prix Ernest Godard. — Une mention honorable est accordée à M. le Dr Pichon, de Paris, auteur d'un travail ayant pour titre : *Du morphinisme. Etudes cliniques médico-légales.*

Prix de l'hygiène de l'enfance. — 100 francs. — Question : *Des paralysies dans les deux premières années de la vie ; en étudier par des observations cliniques, les causes et la nature.*

Deux mémoires ont été présentés sur ce sujet. Il n'y a pas lieu de décerner le prix. Un encouragement de 400 francs a été accordé à M. le Dr Dauchez, de Paris, auteur du mémoire ayant pour épigraphe : « *Consilioque manuque arte pellit.* »

Prix Adolphe Monbinne. — Une mention honorable est accordée à M. le Dr Bournet, d'Amplepuis (Rhône), pour les notes d'anthropologie criminelle, prises en Corse (septembre et octobre 1887).

Dans la même séance l'Académie a fait connaître les prix proposés pour les années 1889, 1890 et 1891. Nous avons déjà publié dans les *Annales* (V. nos de janvier 1887, p. 174 et de janvier 1888, p. 159), les questions relatives à la pathologie mentale et nerveuse, proposées pour les deux premières années ; voici le seul proposé pour l'année 1891 :

Prix Civrieux. — 800 francs. — *Des rémissions dans la paralysie générale des aliénés.*

Nota. — Les concours des prix de l'Académie de médecine sont clos, tous les ans, fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours doivent être écrits lisiblement, en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresse des auteurs.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE MENTALE DE 1889

Statuts et Programme.

Le Comité d'organisation, composé de MM. J. Falret, président, Ball, Blanche, Charpentier, Cotard, Paul Garnier, Magnan, Motet, Ritti et Aug. Voisin, a arrêté les statuts et le programme suivants :

Article 1er. — Un Congrès international de médecine mentale sera ouvert à Paris, le 19 août 1889, sous les auspices de la Société médico-psychologique.

Art. 2. — Le Congrès, exclusivement scientifique, aura une durée de six jours.

Art. 3. — Le Congrès se composera de membres fondateurs et de membres adhérents, nationaux et étrangers.

Sont membres fondateurs, les membres titulaires et honoraires de la Société médico-psychologique, dont la souscription est fixée à 25 fr.

Sont membres adhérents, les médecins, les directeurs des asiles de France et de l'étranger, toute personne s'intéressant

©BIUM

aux questions relatives à l'aliénation mentale qui ont envoyé ou enverront leur adhésion à M. le Secrétaire général de la Société médico-psychologique (M. le Dr Ant. Ritti, maison nationale de Charenton, à Saint-Maurice, Seine).

La souscription des membres adhérents nationaux et des membres adhérents étrangers est fixée à 20 fr.

Art. 4. — Les membres du Congrès, fondateurs ou adhérents, auront seuls le droit de prendre part aux discussions.

Art. 5. — Les travaux du Congrès se composeront :

a) De communications sur les questions proposées par le Comité;

b) De communications sur des sujets étrangers au programme, mais relatifs à la médecine mentale.

Art. 6. — Le Comité a arrêté le programme suivant :

a) *Pathologie mentale.* — Obsessions avec conscience (intellectuelles, émotives et instinctives). Rapporteur : M. J. Falret.

b) *Législation.* — Législation comparée sur le placement des aliénés dans les établissements spéciaux, publics et privés. Rapporteur : M. B. Ball.

c) *Médecine légale.* — De la responsabilité des alcooliques. Rapporteur : M. A. Motet.

Les rapports sur ces questions devront être publiés dans le numéro de mai 1889 des *Annales médico-psychologiques*.

Art. 7. — Les membres du Congrès qui désireront faire une communication sur une question du programme ou sur un autre sujet, sont priés d'adresser leur travail, soit en entier, soit en résumé, à M. le Secrétaire général, au plus tard le 15 juillet 1889. Le Comité décidera de l'opportunité des communications et de l'ordre dans lequel elles seront faites.

Vingt minutes, au maximum, seront accordées pour chaque communication.

Art. 8. — Deux séances auront lieu chaque jour : une le matin et une autre le soir. Celle du soir sera consacrée à la discussion des questions du programme et à la lecture des communications sur des sujets étrangers au programme; celle du matin, à la discussion des questions d'intérêt professionnel qui pourront être soulevées.

Art. 9. — A la première séance, le Congrès nommera son bureau, qui se composera d'un président, de vice-présidents, d'un secrétaire général et de secrétaires des séances.

Art. 10. — Le Congrès terminé, le Comité d'organisation reprendra ses fonctions, pour procéder à la publication des actes du Congrès.

Art. 11. — Tous les mémoires lus au Congrès seront déposés, après chaque séance, entre les mains du secrétaire général. Ils sont la propriété du Congrès.

©BIUM

Art. 12. — Des excursions scientifiques pourront être faites, pendant la durée du congrès.

CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ AUX EMPLOIS DE MÉDECINS ADJOINTS DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Les *Annales médico-psychologiques* ont publié dans le dernier numéro (p. 483) l'arrêté ministériel, en date du 18 juillet 1888, instituant un concours d'admissibilité aux emplois de médecins adjoints des asiles publics d'aliénés. Le *Journal officiel* du 19 novembre 1888 contient deux autres arrêtés complétant le précédent, et fait connaître les dates du premier concours. Voici ces divers documents :

Le président du Conseil, ministre de l'intérieur ;

Sur la proposition du directeur de l'assistance publique ;

Vu la loi du 30 juin 1838, l'ordonnance du 18 décembre 1839 et les décrets du 6 juin 1863 et 4 février 1875 ;

Vu l'arrêté ministériel du 18 juillet 1888, instituant un concours pour l'admissibilité aux emplois de médecins adjoints des asiles publics d'aliénés,

Arrête :

Art. 1er. Les docteurs en médecine nommés par la voie du concours internes dans les hôpitaux sont assimilés aux internes des asiles d'aliénés, et comme tels admis à prendre part, sous les mêmes conditions, aux concours institués par l'arrêté ministériel susvisé du 18 juillet 1888 pour l'admissibilité aux emplois des médecins adjoints des asiles publics d'aliénés.

Art. 2. — Le directeur de l'assistance publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Paris, le 24 octobre 1888.

Pour le président du Conseil, ministre de l'intérieur.

Le sous-secrétaire d'Etat,
LÉON BOURGEOIS.

Le président du Conseil, ministre de l'intérieur,

Sur la proposition du directeur de l'assistance publique,

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 l'arrêté ministériel du 18 juillet 1888 instituant un concours pour l'admissibilité aux emplois de médecins adjoints des asiles publics d'aliénés, et notamment l'article 3 § 3, de ce décret fixant à trente ans l'âge maximum auquel les candidats seront autorisés à y prendre part ;

Considérant que, pour le concours à ouvrir en 1888, il convient de tenir compte aux docteurs en médecine du stage qu'ils peuvent avoir accompli comme internes en vue de l'obtention d'un emploi de médecin adjoint, alors qu'aucune condition d'âge n'était exigée.

©BIUM

Arrête :

Art. 1er. — Pourront, à titre transitoire et purement exceptionnel, être autorisés à prendre part au premier concours d'admissibilité aux emplois de médecins adjoints des asiles publics d'aliénés, qui doit avoir lieu en 1888 par application de l'article 4 de l'arrêté ministériel du 18 juillet 1888 susvisé, les docteurs en médecine remplissant les conditions, autres que celles de l'âge, déterminées par ledit arrêté, et qui au jour de l'ouverture du concours, n'auront pas dépassé l'âge maximum de trente-cinq ans.

Art. 2. — Le directeur de l'assistance publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 19 octobre 1888.

Pour le président du conseil, ministre de l'intérieur :

Le sous-secrétaire d'Etat,

LÉON BOURGEOIS.

Par application de l'article 4 paragraphe 1er de l'arrêté ministériel du 18 juillet 1888, un premier concours en vue de l'admissibilité aux emplois de médecins adjoints des asiles publics d'aliénés aura lieu à Lyon, Lille et Bordeaux, le 20 décembre 1888, et à Paris, Nancy et Montpellier, le 26 décembre 1888 ; le concours sera ouvert dans chacune des régions indiquées par le tableau annexé audit arrêté.

Les docteurs en médecine satisfaisant aux conditions déterminées par les arrêtés des 18 juillet et 24 octobre 1888 et qui désirent prendre part au concours devront faire parvenir leur demande sur papier timbré, au ministère de l'intérieur, direction de l'Assistance publique, avant le 1er décembre 1888.

Cette demande, qui devra indiquer dans quelle région le candidat veut subir le concours, sera accompagnée des pièces ci-après :

1° Acte de naissance ;

2° Un certificat constatant que le candidat a accompli un stage d'une année au moins, soit comme interne dans un asile public ou privé consacré au traitement de l'aliénation mentale, soit comme interne nommé au concours dans un hôpital ;

3° Diplômes, états de services, distinctions obtenues.

En vertu d'une décision ministérielle spéciale du 19 octobre 1888, les docteurs en médecine âgés de plus de trente ans, mais remplissant les autres conditions prescrites par l'arrêté du 18 juillet 1888, pourront, par exception, être admis à prendre part au concours du 20 ou du 26 décembre 1888, pourvu qu'à cette date ils n'aient pas dépassé l'âge de trente-cinq ans.

Les candidats qui seront autorisés par le président du conseil, ministre de l'intérieur, à prendre part au prochain con-

©BIUM

cours, en seront prévenus officiellement en temps utile et recevront également les indications nécessaires au sujet du lieu où siégera le jury d'examen et de l'heure à laquelle ils devront se présenter.

Voici la liste des jurys des différents concours :

Région de Lille (concours le 20 décembre 1888). Président : M. l'inspecteur général, Dr Napias. Jurés titulaires : MM. les Drs Castiaux, professeur de médecine légale, à Lille ; Cortyl, directeur médecin de l'asile de Bailleul (Nord) ; Viret, directeur médecin de l'asile de Prémontré (Aisne) ; Martinenq, médecin en chef de l'asile de Clermont (Oise). Juré suppléant : M. le Dr Doursout, directeur medecin de l'asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais).

Région de Lyon (concours le 20 décembre 1888). Président : M. l'inspecteur général, Dr A. Regnard. Jurés titulaires : MM. les Drs Pierret, professeur de clinique des maladies mentales, à Lyon, médecin en chef à l'asile public de Bron ; Boudrie, directeur médecin de l'asile de Bassens (Savoie) ; Danis, directeur médecin de l'asile de Saint-Dizier (Haute-Marne) ; Dumaz, directeur médecin de l'asile de Dijon (Côte-d'Or). Juge suppléant : M. le Dr Rousseau, directeur médecin de l'asile d'Auxerre (Yonne).

Région de Nancy (concours le 26 décembre 1888). Président : M. l'inspecteur général, Dr Napias. Jurés titulaires : MM. Hecht, professeur de pathologie interne, à Nancy ; Bayle, directeur médecin de l'asile de Fains (Meuse) ; Langlois et Sizaret, médecins en chef à l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle). Juge suppléant : M. le Dr Guyot, directeur médecin de l'asile de Châlons (Marne).

Région de Paris (concours le 26 décembre 1888). Président : M. l'inspecteur général, Dr A. Regnard. Jurés titulaires : MM. les Drs B. Ball, professeur de clinique des maladies mentales ; Delaporte, directeur médecin de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure) ; Faucher, directeur médecin de l'asile de Naugeat (Haute-Vienne) ; Magnan, médecin en chef à l'asile Sainte-Anne. Juge suppléant : M. le Dr Mordret, médecin en chef de l'asile du Mans (Sarthe).

Aucun candidat ne s'étant présenté dans les régions de Bordeaux et de Montpellier, il n'y a pas eu lieu de procéder à la nomination des jurys.

DÉCRET RESTRICTIF CONTRE L'ADMISSION DES ALIÉNÉS DANS LES ASILES PRIVÉS EN PRUSSE

On lit dans le *Progrès médical*, n° du 15 décembre 1888 :

Le Comité central des Sociétés médicales d'arrondissement de Berlin a rédigé le manifeste suivant, le 19 octobre dernier :

©BIUM

« Considérant que le décret ministériel du 19 janvier dernier relatif à l'admission des aliénés dans les asiles privés est propre au plus haut point à déterminer un conflit entre les médecins fonctionnaires et les médecins non-fonctionnaires ;

« Considérant en outre que non seulement ce décret lèse les intérêts matériels du public et des médecins praticiens, mais encore et surtout qu'il met en suspicion l'honorabilité et les capacités de ces derniers.

« La société des médecins de la ville de Berlin (Friedrich-Wilhelm-Stadt, Berlin) invite instamment les chambres médicales à soutenir, résolument, les intérêts les plus légitimes des médecins praticiens contre ce décret. »

Ce décret dispose comme suit.

Il sera de règle qu'un certificat basé sur l'examen du malade soit dressé par le *Physicus* ou le *Chirurgien* du district (*Kreis*) où habite l'aliéné. Le certificat devra porter que le malade qu'il vise est aliéné, qu'il est atteint de telle ou telle forme d'aliénation mentale, et qu'il est nécessaire qu'il soit admis dans un asile d'aliénés. Si le malade en question a déjà été traité ou observé par un autre médecin pendant l'affection actuelle, on y joindra, s'il est possible, un rapport de ce dernier, relatif à la genèse et à l'évolution de la maladie ; ce rapport sera présenté au *Kreisphysicus* (1) et il accompagnera le certificat. Dans les cas urgents, notamment quand l'aliéné constitue un danger public, son admission s'effectuera provisoirement de par la présentation d'un certificat détaillé et circonstancié de n'importe quel médecin diplômé ; mais ce malade devra être examiné, dans les vingt-quatre heures qui suivront l'admission, par le *Physicus* du district où siège l'établissement. Dans les cas douteux, on pratiquera un nouvel examen à de courts laps de temps, et le *Physicus* devra établir un certificat concluant au maintien de l'admission provisoire ou à l'immédiat élargissement.

Telle est la question brûlante qui a dû être soumise à la séance de novembre aux chambres médicales de la province de Brandebourg et du cercle de la ville de Berlin. Elle parviendra ensuite aux chambres médicales des autres provinces. A raison des motifs exposés, déjà adoptés par la Société psychiatrique de Berlin et la Société médicale des districts gouvernementaux de Cologne et de Coblenz, il est à espérer, dit le rédacteur de la *Berl. Klin. Wochenschrift*, auquel nous emprun-

(1) Le *Kreisphysicus* est le médecin d'arrondissement officiel de l'empire, il en est de même du chirurgien d'arrondissement (*Kreiswundarzt*). Voy. R. Blanchard : *Universités allemandes*. Bureaux du *Progrès médical* ; et P. Loye, *Progrès médical*, 1888 n° 49.

©BIUM

tons cette nouvelle (V. nos 45 et 46, p. 920 et 939), que la manière de voir consignée dans la rédaction précitée sera unanimement partagée.

LA CLINIQUE PSYCHIATRIQUE DE MOSCOU

A la suite d'une mission dont il a été chargé, notre savant confrère et ami, M. le Dr H. Huchard, médecin des hôpitaux, publie dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, ses impressions de voyage sous le titre : « Etudes sur la médecine en Russie. » Nous empruntons à l'article publié dans le numéro du 6 décembre 1888, la description de la clinique psychiatrique de Moscou :

« Voici l'histoire de cette clinique que j'ai visitée à Moscou. En 1863, l'Université de cette ville a séparé de la chaire de pathologie interne et de thérapeutique, l'enseignement des maladies nerveuses et mentales dont elle a chargé un professeur spécial. Mais cet enseignement ne put qu'être théorique jusqu'en 1882, époque à laquelle la veuve d'un notable bourgeois, Varvara Morosoff, a proposé à l'Université la construction à ses frais d'une clinique pour les maladies mentales, ce qui fut naturellement accepté. On résolut alors de transporter toutes les cliniques sur un nouvel emplacement (appelé *Devitché-Pollé*), et d'y adjoindre encore la clinique d'accouchements aux frais de Mme Paschaloff. Une subvention du Gouvernement et du conseil municipal de la ville, aidée de dons considérables, permit d'inaugurer la construction de ces nouvelles cliniques dès le mois de janvier 1887.

Grâce à l'aimable empressement du professeur *Kowjenikow* et de ses assistants MM. *Grégoire Rossolymo*, *Serbsky* et *Takarsky*, j'ai visité dans tous ses détails cette clinique psychiatrique que je veux rapidement décrire.

« L'édifice est divisé en quatre parties : la section administrative et celle des études ; celle des hommes et celle des femmes malades ; enfin celle des agités.

« La première section formée d'un rez-de-chaussée et d'un étage, occupe la partie médiane du bâtiment. On y trouve une salle de réception pour les malades, une autre pour leur examen ; en arrière de ces deux pièces, deux appartements pour les deux médecins de la clinique. Au premier étage, l'*auditorium* (salle de leçons cliniques) qui n'est pas ici disposé en amphithéâtre, les places des étudiants étant toutes sur une surface horizontale, un peu au-dessous de la chaire du professeur ; une pièce où attendent les malades qui doivent être introduits dans l'auditoire ; une salle de préparation ; le cabinet du professeur ; un laboratoire où les élèves se livrent aux recherches cliniques et microscopiques ; une bibliothèque pour les malades.

©BIUM

« A l'aile gauche, se trouvent les femmes, à l'aile droite, les hommes. Le rez-de-chaussée est réservé aux malades peu tranquilles. Les uns et les autres ont environ 120 mètres cubes d'air.

« La section des agités se trouve au rez-de-chaussée, elle se compose de trois pièces d'isolement qui ont une largeur de 3^m 40 et une hauteur de 4^m 75.

« Dans les diverses parties de l'édifice, le chauffage à air chaud est assuré, au point de donner partout une température qui rarement est inférieure à 18° centigrades, et la ventilation est faite sur le modèle que j'ai déjà indiqué. Les water-closets au nombre de 12, dont 10 pour les malades, sont munis de boutons à clef que ceux-ci ne peuvent faire mouvoir, ce qui évite ainsi une grande dépense d'eau et permet de constater si les malades n'ont pas de diarrhée.

« Enfin, des salles de bains au nombre de quatre, et une salle d'hydrothérapie se trouvent à chaque étage. Dans le grand parc annexé à l'établissement, existent plusieurs jardins pour les hommes et pour les femmes, pour les malades tranquilles et peu tranquilles ; enfin, un petit espace clos par des murs de toutes parts est réservé aux agités. »

ENSEIGNEMENT

ASILE-SAINTE-ANNE. — M. MAGNAN a repris ses leçons cliniques sur les *maladies nerveuses et mentales*, le dimanche 18 novembre, à 9 heures et demie du matin et les continue les dimanches et mercredis suivants, à la même heure. Les conférences du mercredi sont consacrées à l'étude pratique du diagnostic de la folie. — Les leçons ont plus particulièrement pour objet cette année l'étude comparative du *délire chronique à évolution systématique et des délires chez les héréditaires dégénérés.*

COLLÈGE DE FRANCE. — M. TH. RIBOT a repris son cours de *psychologie expérimentale et comparée*, le 3 décembre 1888. Il étudiera, les lundis à 3 heures, *les sensations et les perceptions*, et les jeudis à 3 h. 1/4, les *états affectifs* (sentiments, émotions).

ECOLE PRATIQUE DES HAUTES ÉTUDES. — M. JULES SOURY, maître des conférences près la section des sciences historiques et philologiques a repris son cours le lundi 19 novembre 1888. Il fera l'*histoire des doctrines psychologiques contemporaines*, et en particulier celle des fonctions du lobe frontal, les lundi à 4 h. 1/2 ; il étudiera chez David Ferrier diverses questions de psychologie physiologique les vendredis à 4 heures et demie.

Pour les articles non signés : ANT. RITTI.

Paris. — Typographie Gaston NÉE, rue Cassette, 1.

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique.

Congrès international de médecine mentale.

Le Congrès international de médecine mentale, qui a tenu ses séances au Collège de France du 5 au 10 août 1889, occupera une place très honorable dans l'histoire de la psychiatrie de la fin de ce siècle. Par le nombre de ses adhérents, français et étrangers — au nombre de plus de cent soixante — par l'intérêt de ses travaux, par l'importance des vœux qui ont été émis, cette réunion où les médecins aliénistes côtoyaient des magistrats et des administrateurs, ne le cède en rien à celles du même genre, auxquelles on a pu assister depuis vingt-cinq ans. Disons tout de suite que la plus franche cordialité n'a cessé de régner, durant ces nombreuses et souvent longues séances, entre les membres venus des pays les plus divers, ayant sur les questions à l'ordre du jour des idées souvent opposées ; c'est que, au-dessus des divisions d'écoles et du particularisme national, planait un sentiment plus élevé, le désir de travailler à une œuvre commune, le progrès de la science mentale et l'amélioration du sort des aliénés.

©BIUM

Ce sentiment a été admirablement exprimé, dès le début, par le président, notre savant maître, M. le Dr J. Falret. Dans son discours d'ouverture, si excellent au point de vue du fond et de la forme, il a très bien indiqué les écueils à éviter et la voie à suivre, afin d'augmenter de nouvelles découvertes le domaine déjà si riche de la médecine mentale. Est-ce à dire que l'heure est venue d'édifier la synthèse finale de la science, d'enserrer les faits dans des lois qu'on croit définitives ? Telle n'est pas la pensée de l'éminent orateur. « Nous avons fait, depuis cinquante ans, dit-il dans un passage justement applaudi, de véritables découvertes sur les terrains nouveaux de la pathologie mentale. Nous avons parcouru des territoires inconnus jusque-là, dont nous avons mieux étudié les contours, la topographie et les délimitations. Nous avons conquis de nouvelles provinces dans le domaine de la médecine mentale, et nous devons conserver avec soin ces conquêtes, sans permettre qu'on vienne nous les enlever parce qu'elles sont désormais acquises à la science. Mais il est beaucoup d'autres régions mal connues, mal étudiées ou incomplètement explorées dont la découverte appartient encore à l'avenir. Nous sommes loin d'avoir parcouru complètement le vaste domaine de notre science spéciale. N'oublions donc pas que nous sommes dans une période de transition et de transformation, et ne nous livrons pas à des généralisations hâtives et prématurées. Contentons-nous de ce que nous avons déjà acquis et unissons tous nos efforts pour arriver à de nouvelles découvertes et pour cultiver en commun le vaste champ de la science. Nous ne sommes pas encore arrivés à l'époque des formules définitives et d'une systématisation générale. Gardons-nous donc, par-dessus toutes choses, d'un dogmatisme prématuré et des formules trop arrêtées d'une science encore in-

©BIUM

« complète. Évitons surtout de nous renfermer dans un « cercle d'idées trop étroit, qui arrêterait le mouvement « de la science au lieu de le favoriser, et ne promul- « guons pas les dogmes d'une petite église exclusive et « systématique qui, en excommuniant tous les dissi- « dents comme des hérétiques, enrayerait la marche de « la science, au lieu de contribuer à son avancement et à « ses progrès ! »

Les applaudissements qui ont couvert cette fin du discours du Président, n'ont pas manqué non plus à la proclamation des trois présidents d'honneur du Congrès : MM. Calmeil, Delasiauve et Baillarger, « derniers repré- « sentants des générations qui nous ont précédés, vété- « rans de notre science spéciale, encore pleins de vie et « d'activité scientifique, qui ont tant contribué aux pro- « grès de notre spécialité depuis de longues années et « qui s'intéressent encore si vivement à ses nouvelles « conquêtes et à ses progrès. »

Le temps nous manque pour analyser, même succinc- tement, les nombreux et intéressants mémoires qui ont été lus, pour rendre compte des discussions qu'ils ont suscitées. Nous y reviendrons prochainement ; pour aujourd'hui, nous nous contenterons d'indiquer l'esprit de ce Congrès et de faire connaître ses résultats.

Le Congrès de 1878, si remarquable à tous égards et par son organisation et par ses résultats, a servi de mo- dèle à celui de 1889. Il existe cependant entre ces deux réunions une différence très notable. En 1878, les ques- tions de législation et d'administration prennent le pas sur les questions scientifiques proprement dites. De ses huit séances, quatre et demie sont consacrées aux pre- mières, trois et demie seulement aux secondes. En 1889, la proportion est plus que renversée ; sur neuf séances, sept ont été complètement remplies par des communi- cations d'ordre scientifique, deux seulement ont été em-

©BIUM

ployées à la lecture et à la discussion des mémoires relatifs à la législation et à l'assistance publique des aliénés.

La clinique et la thérapeutique des maladies mentales ont donc eu le pas sur les autres questions pratiques. C'est là, croyons-nous, la caractéristique du Congrès de 1889. Faut-il en conclure que la nouvelle génération d'aliénistes, qui a pris une part si active à nos séances, se désintéresse des problèmes que soulèvent la législation et l'assistance publique des aliénés? Nous ne le pensons pas. Plus éprise du côté scientifique de la psychiatrie, elle pense — et avec raison — que la solution de ces problèmes sera rendue plus facile par une connaissance plus approfondie de la pathologie psychique, par une précision plus grande dans le diagnostic et le pronostic des maladies mentales et surtout par les progrès de la thérapeutique, morale et physique, de ces affections. Et de fait, c'est la marche logique. Une découverte nouvelle, transformant les moyens de traitement de la folie, n'influerait-elle pas sensiblement sur notre mode actuel d'organisation des asiles ? Toute acquisition importante dans le domaine de la science pure n'a-t-elle pas, tôt ou tard, son contre-coup dans celui de la pratique?

Le Congrès a émis plusieurs vœux importants ; des propositions ont été adoptées qui ne peuvent manquer d'amener quelques résultats heureux au point de vue de notre spécialité. Ainsi, dès le premier jour, on a voté sur « les bases d'une bonne statistique internationale des maladies mentales ». Le projet présenté par nos savants confrères belges a été accepté après une courte discussion. Ce succès est dû surtout à notre distingué collègue, M. le Dr J. Morel (de Gand), dont le rapport si bien étudié a été très goûté. Des nombreuses classifications qui, de tous les pays, ont été envoyées à la Société de

©BIUM

médecine mentale de Belgique, M. Morel a su tirer une sorte de classement pour la statistique ; il a écarté ce qui divise, ne retenant que les points sur lesquels la majorité est d'accord. De ce travail délicat est sorti le groupement suivant :

1° Manie (y compris le délire aigu) ;
2° Mélancolie ;
3° Folie périodique (folie à double forme, etc.) ;
4° Folie systématisée progressive ;
5° Démence vésanique ;
6° Démence organique et sénile ;
7° Paralysie générale ;
8° Folies névrosiques (hystérie, épilepsie, hypocondrie, etc.) ;
9° Folies toxiques ;
10° Folie morale et impulsive ;
11° Idiotie, etc.

Ce classement — puisque le mot classification est trop ambitieux — répond, croyons-nous avec la majorité de nos collègues, au but à atteindre ; les principales formes de folie y sont représentées, et si elle est adoptée par les bureaux de statistique des différents pays, si elle est employée par tous les aliénistes, les travailleurs posséderont, dans quelques années, une série de documents vraiment utiles, comparables entre eux, qui leur permettront d'arriver à des conclusions plus certaines dans leurs recherches.

Nous émettons le vœu que, dès maintenant, les médecins aliénistes français fassent passer dans le domaine de l'application ce *classement* adopté par le Congrès. Ils n'ont, pour cela, qu'à saisir l'occasion de leurs prochains rapports annuels. Le vote du Congrès aura reçu sa meilleure sanction.

Une autre proposition, non moins importante, a été adoptée. Une discussion très intéressante a suivi la

©BIUM

lecture de l'excellent mémoire de M. Christian sur la *syphilis et la paralysie générale* et de la savante note de M. Mabille *sur les méningo-encéphalites secondaires dans la syphilis cérébrale*. Des divergences d'opinions très marquées se sont manifestées sur ce point délicat d'étiologie. On a entendu tour à tour les partisans et les adversaires des rapports de causalité existant entre la syphilis et la paralysie générale. M. Gilbert Ballet a brillamment résumé le débat et a terminé son discours en proposant une enquête internationale dont les documents seraient centralisés, dépouillés avec soin, et qui ferait plus pour résoudre la question que toutes les discussions académiques. Cette proposition a été adoptée avec empressement par tous les membres présents ; elle a été renvoyée à la Société médico-psychologique de Paris, qui est chargée d'établir un questionnaire, de se mettre en rapport avec toutes les sociétés de médecine mentale de l'étranger et de centraliser tous les documents. La Société médico-psychologique tiendra à honneur de mener à bien cette tâche difficile.

Quant aux vœux émis par le Congrès, ils sont au nombre de six, tous relatifs à des questions de législation ou d'administration. Là, nous ne pouvions qu'exprimer des désirs ; mais ils ont été nets et formels :

En voici l'énumération :

1° M. Semal, de Mons, dans son remarquable mémoire sur les *folies pénitentiaires*, s'est appliqué à démontrer que ce n'est pas la détention, cellulaire ou autre, qui doit être considérée comme cause de la folie des prisonniers ; c'est dans la personnalité morale, héréditaire ou acquise, du délinquant qu'il faut chercher la cause de la folie, la réclusion n'étant que le facteur occasionnel. Notre savant collègue est arrivé à cette conclusion à la suite d'une enquête qu'il a pu faire dans les prisons de la Belgique ; il a demandé que cette

©BIUM

enquête fût poursuivie dans tous les pays et proposé au Congrès de vouloir bien voter la résolution suivante :

Le Congrès international de médecine mentale, réuni à Paris, reconnaissant l'intérêt scientifique qui s'attache à la question de l'aliénation des détenus, émet le vœu qu'une enquête soit officiellement instituée à cet effet, et que les résultats en fassent l'objet d'une publication spéciale. (Adopté.)

2° Le rapport dans lequel M. le professeur Ball, en collaboration avec M. Rouillard, a étudié avec tant de soin et avec un si grand sens critique la *législation comparée sur le placement des aliénés dans les établissements spéciaux, publics et privés,* a été le point de départ d'un remarquable débat sur lequel nous aurons à revenir. Citons seulement au nombre de ceux qui y ont pris part : MM. Barbier, premier président de la Cour de cassation, Falret, Bourneville, d'autres encore pour la France, et parmi les membres étrangers, MM. Bourque et Duguet (Canada), Vassitch (Serbie), Soutzo (Roumanie). Ce dernier a terminé la discussion en demandant à ses collègues de voter la proposition suivante :

Le Congrès, après avoir entendu le rapport de M. le professeur Ball, et les communications faites à ce sujet par les membres étrangers, émet le vœu que chaque État soit doté d'une loi spéciale destinée à sauvegarder les intérêts des aliénés, à prévenir les séquestrations illégales et à soumettre ces malades à un traitement scientifique et rationnel. (Adopté.)

3° M. H. Monod, directeur de l'hygiène et de l'Assistance publiques au ministère de l'Intérieur, est venu communiquer au Congrès les résultats de l'inspection qu'il a fait faire, dans certains hôpitaux et hospices des départements, sur l'état des loges de passage, où sont enfermés les aliénés avant leur transfèrement

©BIUM

dans les asiles spéciaux. Dans sa remarquable communication, M. Monod nous en a tracé le tableau le plus lamentable. On ne saurait assez le féliciter d'avoir osé mettre à nu une telle plaie ; dans ses conclusions, inspirées du sentiment philanthropique le plus élevé, il demande l'aide du Congrès pour la guérir. Celui-ci, à l'unanimité, a émis le vœu que les pouvoirs publics, soit par voie législative, soit par des moyens administratifs, obligent les municipalités et les commissions des hospices à faire cesser un tel état de choses.

4° La question du programme, pour la médecine légale, était *la responsabilité des alcoolisés*. On connaît de longue date la compétence en ces délicates matières de notre savant ami, M. Motet. Il semblera donc superflu de faire l'éloge de l'excellent rapport qu'il a fait en collaboration avec M. Vétault. Sa lecture a été vivement goûtée comme elle devait l'être ; mais il fallait une conclusion sous forme de vœu. Voici celui que M. Motet a lui-même formulé et qui a été adopté à l'unanimité :

« Le Congrès, en présence du danger dont l'alcoolisme menace la société, la famille, l'individu,

« Reconnaissant qu'il y a lieu d'établir des distinctions entre l'ivresse simple, l'ivresse pathologique et ses variétés, et l'alcoolisme chronique,

« Émet le vœu :

« Que, dans un intérêt de défense sociale, des mesures judiciaires, d'une part, des mesures administratives durables, d'autre part, soient prises contre les alcoolisés suivant la catégorie à laquelle ils appartiennent ;

« Que les pouvoirs législatifs donnent une sanction aux travaux de Claude des Vosges, de MM. Th. Roussel et Léon Say ;

« Qu'il soit pourvu, par la création d'un ou de plusieurs établissements spéciaux à l'internement des ivro-

©BIUM

gnes d'habitude, des alcoolisés ayant commis des crimes ou des délits, et ayant bénéficié d'une ordonnance de non-lieu en raison de leur état mental ; que la durée de leur internement soit déterminé par les tribunaux après enquête médico-légale ; que la sortie, même à l'expiration du temps fixé, puisse être ajournée si l'alcoolisé est reconnu légitimement suspect de rechute. Les alcoolisés chroniques, non dangereux, pourront être maintenus dans les asiles d'aliénés ;

« Que ces établissements ayant le caractère de maison de traitement et non de maison de répression soient organisés avec une discipline sévère, que le travail y soit imposé ;

« Que les statistiques judiciaires et administratives soient dressées de manière à faire ressortir les résultats de ces mesures. »

5° La dernière séance du Congrès a été surtout consacrée à la discussion des mémoires de MM. Baume et Taguet, sur le patronage des aliénés et les annexes agricoles aux asiles de traitement. Sur ces questions, comme sur bien d'autres d'ailleurs, on a pu voir que si l'on est d'accord sur les principes, on diffère sur les moyens d'application. Aussi a-t-on laissé de côté ces derniers, quelque séduisants qu'ils parussent dans les communications de nos savants collègues, et on s'est contenté de voter sur les principes, en émettant le vœu qu'il soit donné plus d'extension aux sociétés de patronage des aliénés sortis des asiles et aux annexes agricoles des asiles de traitement.

6° Enfin, à propos de la lecture du travail de M. Rouillard (*Quelques considérations sur les aliénés criminels au point de vue médico-légal*), le Congrès a renouvelé le vœu, adopté au Congrès de 1878, relatif à la *création de quartiers ou d'asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels*.

©BIUM

Nous avons réservé pour la fin le projet d'un Congrès annuel des médecins aliénistes français, que notre distingué collègue M. G. Lemoine est venu exposer dans la séance du soir du jeudi 8 août. Ce projet a bien soulevé quelques objections de principe ; mais il était impossible de ne pas se rendre à l'évidence : la France devait-elle, à ce point de vue, être inférieure à d'autres pays, dont nous prisons fort l'organisation scientifique? Une pareille réunion annuelle présente en effet de nombreux avantages que M. G. Lemoine a fait éloquemment ressortir ; il a rallié à son projet la majorité des collègues qui ont décidé :

1° Qu'un congrès des médecins aliénistes français aurait lieu chaque année ;

2° Que ce congrès, qui se réunira chaque année dans une ville différente, tiendra sa première session en 1890, à Rouen ;

3° Les médecins directeurs des asiles d'aliénés de la Seine-Inférieure, MM. Delaporte et Giraud, ont été chargés de l'organisation de ce premier congrès annuel.

On parle beaucoup aujourd'hui de décentralisation scientifique ; nous sommes convaincu que nos confrères de la province, de même que ceux de Paris, voudront prouver que ce n'est pas là un vain mot. Quant à nos collègues de Quatre-Mares et de Saint-Yon, nous savons déjà qu'en acceptant la tâche difficile que le Congrès de Paris leur a en quelque sorte imposée, ils sont résolus de la mener à bonne fin. Ils comptent sur le concours de la Société médico-psychologique ; il leur est tout acquis.

Par ce rapide résumé de ses résultats, on constate que le Congrès international de médecine mentale de 1889 a fait œuvre utile et, espérons-le, durable. Son succès a dépassé notre attente ; il est dû pour la plus grande partie aux médecins aliénistes étrangers qui ont

©BIUM

pris une part très active aux discussions. Ils nous ont ainsi prouvé de nouveau — ce que nous n'ignorions pas, d'ailleurs — que dans tous les pays comme en France, les sciences médico-psychologiques sont cultivées avec passion, que partout l'étude de la psychiatrie est en grand honneur, et qu'il n'est pas un gouvernement qui ne s'intéresse vivement aux questions d'assistance publique des aliénés. Constatations bien consolantes au point de vue de la science et de l'humanité!

En terminant, qu'il nous soit permis d'émettre un vœu à notre tour : c'est que ces réunions internationales des médecins aliénistes deviennent plus fréquentes. On pourrait ainsi resserrer plus intimement des relations à peine ébauchées durant une semaine de labeur commun, et travailler avec plus de fruit au progrès des études qui nous sont chères et à l'amélioration du sort des malheureux, objet de notre sollicitude.

ANT. RITTI.

Lettre d'Amérique.

Paralysie générale d'origine traumatique. — Congrès des conseils d'administration des asiles. — Othématome chez les boxeurs. — Le drainage appliqué à l'hydrocéphalie ventriculaire. — Lettre d'un malade ayant pleine conscience de son état de folie.

Le Dr E. A. Christian, médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Pontiac (Michigan), a publié naguère (1) un cas de paralysie générale paraissant d'origine traumatique. Nous venons d'observer un fait qui se présente dans des conditions analogues.

---

(1) *American journal of insanity*, avril 1888.

©BIUM

Voici d'abord, en résumé, les particularités principales du fait observé par le Dr Christian : Un individu, en tombant, se frappe violemment la tête contre une pierre ; au moment de la chute, on ne constate aucun signe de compression. Au bout de quelques jours, il survient du délire aigu et de la fièvre indiquant une méningite ; à ces symptômes succède un état d'affaissement intellectuel qui, peu à peu, se transforme en un trouble profond des facultés mentales ; en même temps, il se produit de la parésie et de l'incoordination des mouvements musculaires. D'après certains indices, et notamment d'après la perturbation du sens de l'équilibre, on peut inférer que le cervelet est compris dans les lésions encéphaliques. Cinq mois après l'accident, la mort arrive en même temps qu'une attaque subite de paralysie totale. A l'autopsie, on trouva, dans la dure-mère et la pie-mère, des traces évidentes d'une inflammation déjà ancienne qui avait abouti à la compression de la moelle épinière au niveau du bulbe ; on trouva également une fracture assez étendue de l'occipital, avec un léger déplacement des fragments ; et dans ce voisinage il y avait, à la surface inférieure des deux lobes du cervelet, des foyers symétriques de ramollissement.

Le fait que nous venons d'observer nous-même, également à l'asile de Pontiac, et qui nous paraît intéressant au même point de vue, s'est présenté dans les conditions suivantes : Le malade avait, deux ans avant son entrée dans l'asile, reçu à la tête un vigoureux coup de gourdin, qui lui avait fait perdre connaissance. C'est à cet accident que l'on a pu rattacher le développement d'une démence paralytique qui survint un an plus tard. En dernier lieu, le malade présentait des idées délirantes ambitieuses, de l'embarras de la parole et une sorte de bégaiement portant sur les voyelles,

©BIUM

de l'incoordination motrice qui était marquée non seulement dans la langue, mais aussi dans les membres. Les propos étaient d'une incohérence complète. Quinze jours après son admission, il succomba aux suites d'accidents congestifs épileptiformes. On ne put malheureusement faire l'autopsie.

— Les conseils d'administration des asiles d'aliénés de l'état de New-York viennent d'adopter une mesure qui est depuis longtemps en pratique dans l'état de Michigan ; c'est de se réunir deux fois l'an pour s'occuper des questions intéressant l'administration de ces asiles. Dans le Michigan, cette pratique a produit les meilleurs résultats. C'est à elle que l'on doit les mesures prises par l'État pour le traitement des aliénés, l'établissement de nouvelles institutions, la mise à part des aliénés criminels, la création d'écoles d'infirmiers, et enfin l'adoption d'un règlement uniforme pour l'administration financière des asiles.

— Le Dr M. D. Field vient de lire à la Société neurologique de New-York un mémoire sur l'othématome. Il y établit que cette lésion de l'oreille est commune chez les boxeurs. Il a présenté à la Société quelques-uns des boxeurs les plus renommés. Les membres présents ont été unanimes à soutenir qu'en règle générale l'othématome des aliénés était d'origine traumatique.

— La chirurgie cérébrale fait en Amérique, comme ailleurs, de rapides progrès. Voici que le Dr W. W. Keen vient de proposer, comme opération nettement déterminée, de traiter par le drainage l'hydrocéphalie ventriculaire et la compression cérébrale qui en résulte. Il base cette audacieuse proposition sur ce fait que, dans une trépanation récente, il a pu, sans endommager gravement la substance cérébrale, l'explorer profondément à l'aide d'une aiguille à ponctions hypodermiques. Il donne des indications minutieuses sur

©BIUM

les règles à suivre pour ouvrir le crâne, ponctionner la masse cérébrale et arriver aux ventricules.

— La lettre suivante a été écrite par un aliéné atteint de folie du doute, qui est tourmenté par des impulsions morbides et par des idées délirantes sur sa personnalité, et qui cependant a pleine conscience de son trouble mental. Elle se rapporte à ces états de conscience dans la folie, sur lesquels le Dr Parant a récemment publié une étude importante (1). C'est à ce point de vue que nous la croyons digne d'intéresser les lecteurs des *Annales*.

Monsieur,

Je ne sais pas si vous répondez ou non aux consultations qui vous sont demandées par lettre ; mais comme mes moyens ne me permettent pas actuellement de me rendre auprès de vous pour suivre un traitement, je viens néanmoins vous demander quelques avis et savoir de vous si les symptômes que je présente sont ou non dangereux.

Personne, excepté moi, n'a jamais pu soupçonner le moins du monde que *je ne sois pas dans mon bon sens*.

J'ai vingt-neuf ans ; je suis marié depuis sept ans et n'ai pas eu d'enfants. Je demeure dans une ferme très isolée, où je vois peu de monde ; le plus souvent, je suis seul et j'ai beaucoup d'occupations. Voici maintenant mon histoire :

J'ai commencé à être malade vers l'âge de seize ans. A cette époque, lorsque je traversais la cour de la ferme, il m'arrivait souvent, au moment où j'y pensais le moins, de m'arrêter subitement, comme si quelque

(1) Dr V. Parant, *La raison dans la folie*. Doin, Paris, 1888.

©BIUM

chose de terrible allait se passer ; il me semblait encore que si je faisais alors un nombre impair de pas au lieu d'un nombre pair que j'aurais dû faire, un malheur allait m'atteindre ; j'avais la même appréhension s'il m'arrivait de commencer un calcul sans le terminer.

J'ai éprouvé ces symptômes et bien d'autres pendant des années. Actuellement il me semble que, si nous avons de la compagnie et que nous soyons à table à prendre le repas, je suis poussé irrésistiblement à lancer un pot de thé chaud au visage de mes convives, ou bien, si nous sommes hors de table, à leur jeter quelque autre chose. Si je vois manier un fusil, quelque chose me pousse à me mettre devant la gueule du canon et si je viens à traverser une voie ferrée, je suis obligé de le faire en toute hâte pour ne point être tenté de m'y coucher. Bien que je n'aie jamais eu la pensée de tuer personne, il m'arrive souvent de me demander ce qu'il adviendrait si je commettais un meurtre ; je me demande encore si, au cas où je viendrais à tuer ma femme, j'oserais dormir dans le lit le reste de la nuit. Jusqu'à cette dernière année, j'avais été longtemps sans oser monter à une échelle, par crainte de tomber ; et souvent encore, aujourd'hui, dans les mêmes conditions, je dois m'arrêter une minute avant de descendre pour accomplir la chute que je fais en imagination. J'ai, en effet, toutes les sensations d'une chute et, en arrivant en bas des échelons, je suis tout ému et tout tremblant. Lorsque parfois, assis à l'écart, je me mets à rêver à quelque chose, par exemple que je m'élève bien haut dans les airs, ou que je franchis un ravin profond, j'arrive à l'impression que je le fais bien réellement. Je m'arrête toujours aussitôt que je le veux, mais non sans en venir à trembler comme une feuille. Naturellement, je sais bien que cela n'a été qu'un rêve. Mais voici une particularité plus étrange encore, la

©BIUM

seule à laquelle, malgré moi, je crois comme à une réalité : c'est que, me trouvant en visite avec d'autres personnes qui parlent, tandis que moi je me tais, si je les regarde attentivement, il me semble que nous changeons de place ensemble, ou, autrement dit, que nous changeons de personnalité, qu'elles sont moi et que je suis elles. Je crois savoir ce qu'elles pensent, et qui n'est pas toujours conforme à ce qu'elles disent. S'il y a quelque chose qu'elles veuillent cacher, je suis dans la crainte de le leur entendre dire. Je suis si près d'elles en esprit, que je crois réellement que si je les regardais assez longtemps (notez que je ne les perds pas des yeux), mon âme s'incorporerait à la leur et qu'à l'avenir je serais comme emprisonné dans leur propre corps. Mais la crainte de perdre mon individualité fait que je cesse toujours de les regarder au moment opportun.

Comme je l'ai dit plus haut, je sais que tout cela est foncièrement déraisonnable, et que notamment ce que j'ai dit en dernier lieu doit nécessairement l'être. J'ai récemment parlé de ce que j'éprouve à un docteur du voisinage, mais il m'a simplement ri au nez. Que croyez-vous que je doive faire ? Je ne voudrais pas qu'autour de moi l'on sût ce que j'éprouve et je n'en ai jamais parlé à personne, pas même à ma femme.

Dans l'espoir que vous voudrez bien me répondre, etc.

Dr C. B. Burr.
Eastern Michigan asylum, Pontiac.

©BIUM

Pathologie.

DU RÊVE ET DU DÉLIRE ALCOOLIQUE

par le Dr H. DAGONET

Le rêve a été l'objet d'importants travaux ; on a cherché à expliquer le mécanisme et les conditions dans lesquelles il se formait. On s'est demandé si dans quelques circonstances il ne se prolongeait pas à l'état de veille, et si, pour quelques-unes de ses formes, la folie n'était pas elle-même le rêve de l'homme éveillé, comme l'a pensé Moreau (de Tours).

Le rêve, dans les conditions physiologiques où on l'observe, chez l'homme en bonne santé, est cet état psychologique favorisé par le sommeil, pendant lequel les organes chargés des fonctions psychiques se reposent et réparent leurs forces. Pendant le sommeil, les actes qui exigent le concours de la volonté sont suspendus, les fonctions des organes de la vie de relation sont supprimées, tandis que celles de la vie organique persistent avec une énergie plus ou moins grande. Suivant Magendie, le cerveau cesse d'agir comme organe de l'intelligence, mais continue d'influencer les muscles de la respiration, le cœur, les sécrétions, la nutrition, etc.

Le sommeil (Mathias Duval, Dict. Jaccoud, art. *Sommeil*, p. 274, v. 33) peut être complet, absolu, et

©BIUM

alors toutes les parties des hémisphères sont en état de repos ; mais le plus souvent quelques régions du cerveau veillent parfaitement au milieu du sommeil général, et il en résulte des rêves... Il est bien certain, ajoute l'auteur que nous citons, que, le sommeil profond ou complet, *sans rêves*, existe, malgré l'opinion des philosophes qui ont nié le sommeil sans rêves, parce que, suivant eux, il ne saurait exister d'interruption dans la pensée, celle-ci n'étant après tout, comme la physiologie en fournit la preuve, qu'une fonction dont le cerveau est l'organe.

Le sommeil complet peut s'établir presque d'emblée, mais il est le plus souvent précédé d'une période dite *hypnagogique*, période intermédiaire à l'état de veille et de sommeil, il peut de même cesser brusquement ; mais le plus souvent aussi, le retour à l'état de veille fait suite à cette même période ; il a lieu par degrés successifs, dans lesquels se réveille tour à tour chaque faculté, ce qui produit un état de rêvasserie bien connu, où, selon l'expression consacrée, le sujet se sent dormir. (Mathias Duval, *op. cit.*, p. 268.)

Mosso, dans un mémoire lu à l'Académie des sciences de Turin (1875), admet également un sommeil profond, complet, pendant lequel la circulation est parfaitement uniforme et sous l'influence duquel existe le repos complet des *centres psychiques*.

Nous résumons dans les quelques lignes ci-dessous les excellentes remarques de Mathias Duval sur le sommeil : « Les impressions qui arrivent aux centres « pendant le sommeil, peuvent donc, si elles n'amènent « pas le réveil total, ou bien ne produire aucune excitation dans ces centres, ou bien y produire une « excitation partielle, qui sera l'origine d'un rêve. Les « images sont alors associées d'une manière incohérente, « elles s'interrompent aussi brusquement qu'elles pren-

©BIUM

« nent naissance, elles sont toujours incomplètes, quelque « nombreuses et complexes qu'elles soient. Il peut « même dans le sommeil y avoir des actes cérébraux « conscients d'attention, de volonté, de jugement, de « mémoire, mais ces actes sont incohérents, désordon- « nés, sans rapports normaux les uns avec les autres, « parce que les réveils des facultés sont partiels et que « la chaîne normale des associations présente des « interruptions et des lacunes. — On se souvient, *mais « partiellement;* on se souvient, par exemple, des « personnes qu'on a connues, mais on oublie qu'elles « sont mortes, on les voit présentes et agissantes, telles « qu'elles étaient lorsqu'elles ont laissé leur trace dans « notre mémoire et sans autre ordre de succession que « celui des sensations brutalement associées. » (Mathias Duval, p. 276, *op. cit.*)

Dans le rêve (Moreau, de la Sarthe, *Dict. des sc. méd.* en 60 vol.), les choses les plus éloignées paraissent se réaliser et se rapprocher dans une foule de représentations qui se succèdent avec rapidité, dont le plus souvent il est impossible de reconnaître les passages et les ruptures. Les rapports de lieu et d'espace ne sont pas conservés. « On se représente, dit Buffon, les personnes qui sont mortes depuis longtemps, on les voit vivantes et telles qu'elles étaient, mais on les joint aux choses actuelles et à des personnes d'un autre temps; il en est de même de l'idée de lieu, on ne voit pas les choses où elles étaient, on les voit ailleurs où elles ne pourraient être. » (Cité par Moreau, de la Sarthe.)

Le sommeil avec rêves (Milne-Edwards) est intéressant à examiner; et un des premiers résultats qui paraissent ressortir de cette étude est que le pouvoir psychique d'où dépendent la formation des idées et leur association est distinct de la raison aussi bien que de la volonté. Chez le dormeur qui fait un rêve, de même que chez les

©BIUM

aliénés, le cerveau semble n'être apte qu'à travailler partiellement, comme si quelques-unes des parties de cet appareil étaient hors de service, tandis que d'autres fonctionnent sans contrôle et plus activement même qu'à l'état normal. (V. Math. Duval, p. 276, *op. cit.*)

Le rêve ne laisse pas, en général, le souvenir de son apparition, ou du moins ce souvenir reste confus et se montre seulement au moment du réveil de l'individu ; quelques instants après, tout disparaît de la mémoire. Il faut alors un effort de la volonté pour se rappeler vaguement les parties principales de la scène qui, pendant le sommeil, a pu émouvoir.

Le souvenir du rêve peut cependant rester plus marqué dans deux circonstances : lorsque le sommeil a été peu profond et la représentation imaginée violente et prolongée, laissant alors une impression persistante dans les centres psychiques; ou bien lorsque l'individu, préoccupé de certaines apparitions, a la ferme volonté, au moment du réveil, de ne pas laisser échapper de sa mémoire les incidents bizarres auxquels il a assisté, et qu'il soumet de nouveau à son attention et à sa réflexion les particularités qui composent la scène qui l'a plus ou moins impressionné. Par un acte de sa volonté, il peut alors fixer, pour un temps plus ou moins long, dans sa mémoire le tableau qui l'a surpris.

Le rêve nocturne, celui que l'on observe le plus ordinairement, peut être une représentation des scènes les plus variables, gaies ou tristes, sans qu'une impression quelconque, un trouble fonctionnel de la respiration ou de la circulation, puisse en rendre compte. L'individu peut se trouver transporté dans les régions les plus intéressantes, éprouver les jouissances les plus pures, les plus suaves, sans qu'autour de lui rien vienne rendre compte de cette création scénique; ce sera, si l'on veut, l'expression d'un état de santé exubérant.

©BIUM

Le cauchemar est, au contraire, le rêve pénible, douloureux; il est l'expression de l'état de souffrance dans lequel se trouve particulièrement le système nerveux.

Le Dr Aug. Motet a fait dans le Dict. Jaccoud une intéressante étude du cauchemar; nous nous bornerons à en extraire les observations suivantes. La durée du cauchemar est généralement courte, il arrive rapidement à son maximum d'intensité, le réveil en sursaut suit de près le moment où l'oppression a été la plus grande. Tout s'accomplit dans un espace de quelques minutes à un quart d'heure. On doit considérer comme inexacte l'opinion de ceux qui ont prétendu que des accès de cauchemar avaient duré plusieurs heures.

Le cauchemar, ajoute l'auteur que nous citons, est un véritable délire, dont l'intensité, l'étendue, sont en raison directe de la sensation pénible, du trouble morbide qui lui ont servi de point de départ. C'est le délire du rêve, délire qui se rapproche dans l'immense majorité des cas de folies sympathiques, mais qui en diffère toutefois de toute la distance qui sépare un trouble momentané, fugace, d'une affection à marche lente et chronique (Dict. Jaccoud, t. 6, p. 566).

Moreau, de la Sarthe, a minutieusement décrit les différents degrés que le rêve peut présenter, depuis la somnolence et la rêvasserie jusqu'aux rêves les plus accentués des somnambules.

Quelques personnes peuvent acquérir la faculté de se mettre elles-mêmes en état de rêve pendant la veille, surtout les personnes à imagination vive. Un artiste veut-il composer un morceau de musique représentant un tableau plus ou moins émouvant, l'orage, la tempête, une scène de désolation quelconque, il n'est pas rare alors de le voir se mettre lui-même dans cet état de rêve, qui devient la source d'inspiration musicale en rapport avec la scène qu'il veut reproduire.

©BIUM

Macario a désigné sous le nom de rêves intellectuels *psychiques*, ceux qui sont ordinairement occasionnés par une préoccupation ou une forte contention d'esprit, par un effort de pensée qui loin d'être suspendu pendant le sommeil, continue quelquefois avec plus de force et de liberté que pendant la veille. Alors la sphère intellectuelle s'étend, se développe d'une manière vraiment prodigieuse, les idées sont plus vives et plus lucides, l'imagination plus hardie, la mémoire plus exquise, le jugement plus prompt et plus sûr. Des chefs-d'œuvre littéraires, artistiques et scientifiques ont été produits au flambeau des rêves intellectuels.

Certaines personnes prétendent que la *Divine comédie* du Dante a été inspirée à son auteur par un songe. Condillac avouait qu'en travaillant à son *Cours d'études*, il était souvent forcé de quitter, pour dormir, un travail déjà tout préparé, mais incomplet, et qu'à son réveil il l'avait trouvé plus d'une fois dans sa tête. (Macario, Des rêves, *Ann. méd.-psych.*, 1846, p. 184.)

La disposition aux rêves s'observe non seulement chez l'homme à l'état de santé, mais surtout sous l'influence des conditions morbides les plus variables, de différentes intoxications, etc.

Une indisposition passagère, la fièvre, une grande fatigue suffisent pour déterminer une surexcitation particulière du système nerveux, et une fois les sens endormis, imprimer aux organes de l'imagination, de la mémoire, etc., une activité plus ou moins violente et désordonnée. L'influence de l'état physique sur le moral, incontestable pendant la veille, a une force d'autant plus grande pendant le sommeil que la liberté de la pensée est enchaînée et que la conscience du monde extérieur est supprimée.

Les besoins instinctifs, la faim, la soif, l'appétit sexuel, sont autant de causes déterminantes des rêves. Au début

©BIUM

et dans le cours de la fièvre typhoïde, on voit se produire les songes les plus effrayants, l'on observe chez le malade des mouvements continuels de frayeur et de terreur. Sous l'influence des lésions organiques du cœur, les rêves sont pénibles et interrompus par un réveil en sursaut. Dans les affections chroniques de la poitrine, lorsqu'il existe des troubles de la digestion, etc., les rêves arrivent déjà dans le premier sommeil ; à peine les malades sont-ils endormis qu'ils font les rêves les plus pénibles, ils croient être dans les situations les plus dangereuses, sur le point d'être étouffés sans pouvoir opposer aucune résistance à l'obstacle qui les arrête, à l'ennemi qui les menace.

Les enfants ont une prédisposition particulière aux rêves, les moindres causes suffisent ; une légère irritation du canal intestinal, le travail de la dentition sont souvent accompagnés par des songes avec tremblements convulsifs et par une sorte d'effroi spasmodique.

Au point de vue de leur interprétation médicale et dans leur rapport avec l'état de santé ou la nature des maladies, on doit, suivant Moreau, de la Sarthe, admettre deux grandes classes de rêves, ceux qui dépendent de certaines maladies et les rêves non morbides.

Baillarger a particulièrement décrit sous le nom d'hallucinations *hypnagogiques* les hallucinations qui viennent se produire dans la période intermédiaire à la veille et au sommeil. Il fait remarquer que l'influence de cet état est incontestable et que les hallucinations qui se produisent alors diffèrent de celles qui ont lieu pendant le sommeil. Ces dernières ont beaucoup moins d'influence sur l'esprit des malades; les autres, au contraire, affectent l'imagination bien plus vivement parce qu'on ne dort pas, comme le disent les malades, ce n'est pas un rêve; on voit et on entend réellement. « Sans doute, ajoute Baillarger, les hallucinations dans

©BIUM

les rêves sont un signe d'excitation cérébrale, mais elles peuvent exister longtemps sans qu'on ait à craindre l'invasion de la folie ; les autres, au contraire, qui se rapprochent sous ce rapport des hallucinations de la veille, ne tardent pas, pour peu qu'elles persistent, à devenir continues et à entraîner le délire. »

On devra surtout tenir compte de ce symptôme chez des personnes nées de parents aliénés ou qui présentent des signes de prédisposition à la folie.

M^lle^ L... est atteinte de prédisposition héréditaire. A trente ans, elle éprouve un phénomène étrange qui la jetait dans l'étonnement. Chaque soir avant de s'endormir, elle entendait des voix qui lui parlaient distinctement. Elle voyait autour d'elle des personnages et des animaux de toutes sortes. Les hallucinations n'avaient jamais lieu pendant le jour, ni même pendant la nuit quand la malade veillait ; c'était au moment du sommeil que toutes ces apparitions survenaient. Cet état durait depuis trois ans sans que la raison offrît le moindre dérangement, lorsque M^lle^ L... perdit tout à coup la tête à la suite de couches (Observation Baillarger).

L..., le frère de la malade qui fait le sujet de l'observation précédente, est un ouvrier plein de sens et de raison, mais frappé de l'idée qu'il n'échappera pas au sort qui a atteint son père, son oncle, son frère et sa sœur. Ce qui augmente ses craintes, c'est que lui-même éprouve depuis près d'un an le phénomène étrange qui pendant trois ans a précédé la maladie de sa sœur ; tous les soirs avant de s'endormir, il a des hallucinations de la vue et de l'ouïe. (Baillarger, *op. cit.*)

Dans un couvent que nous avons visité, il y a un certain nombre d'années, nous avons eu l'occasion de voir un jeune novice dont les hallucinations hypnagogiques présentaient un degré d'intensité remarquable. Dès que la lumière de sa cellule était éteinte, ainsi que le

©BIUM

voulait la règle du couvent et lorsqu'il allait s'assoupir, il était assailli par les visions les plus terrifiantes. Le diable se montrait à lui sous les formes les plus fantastiques ; des éclairs, des traînées lumineuses traversaient sa chambre et le mettaient dans un état d'angoisse inexprimable. Rien de semblable ne se manifestait dans l'état de veille.

Baillarger remarque avec raison que ces hallucinations au moment du sommeil sont un des traits de la prédisposition héréditaire.

L'hallucination hypnagogique, dit A. Maury, n'est pas un fait aussi habituel, aussi constant qu'il le serait si elle dérivait uniquement de l'envie de dormir ; nombre de personnes ne les ont jamais éprouvées et il faut admettre une disposition particulière, souvent même un état semi-pathologique, un certain état cérébral dû à la circulation, à la condition momentanée des fibres encéphaliques. Ces idées-images s'enchaînent sans contredit, mais cet enchaînement est encore le fait de mouvements automatiques, c'est-à-dire provoqués sans que la volonté intervienne. (A. Maury, *op. cit.*)

Les actes les plus graves ont été commis dans cette période de la veille au sommeil.

Au dire des militaires qui ont vieilli dans les camps (Legrand du Saulle, *La folie devant les tribunaux*. Paris, 1864), des soldats auraient parfois blessé ou tué, au bivouac, quelques-uns de leurs camarades occupés à les réveiller. Dans leur trouble, ils se seraient crus surpris par l'ennemi et se seraient machinalement défendus.

L'état intermédiaire à la veille et au sommeil, dit le Dr Julius Wilbrand (*Lehrbuch der gerichtlichen Psychologie*, 1858, p. 284), ce passage d'un état à un autre, s'accompagne du trouble de la conscience et de l'absence de liberté individuelle, qui sont ordinairement de courte durée ; il peut également s'accompagner d'impressions

©BIUM

violentes, de rêves effrayants. Consultée sur la question de savoir si dans cet état le trouble des sens pouvait être poussé à un degré tel qu'il aurait porté quelques individus à des actes meurtriers, la Faculté de Vienne aurait répondu ainsi qu'il suit (*Œsterr. Zeitschrift für praktische Heilkunde*, 1855) :

« Dans le cas spécial dont il s'agit, un individu se croit, dans un cauchemar, en lutte avec un loup ; sous l'influence de la terreur qui le domine, il tue à coups de couteau son ami qui dormait auprès de lui. — Dans certaines circonstances et chez des personnes qui présentent une disposition particulière, cet état intermédiaire dure plus longtemps. Sous l'influence de cette disposition, quelques organes des sens et quelques facultés de l'âme entrent en fonction, de là des impulsions et des actes qui peuvent s'accomplir en dehors de toute connaissance de l'individu. Cet état qu'on pourrait désigner sous le nom d'ivresse produite par le sommeil se rencontre souvent chez les enfants et chez les jeunes gens à l'époque de la puberté. L'usage des boissons spiritueuses, la privation de sommeil qui auraient précédé, sont très propres à amener cet état.

« Il n'est pas douteux que, pendant cette espèce de somnambulisme, un meurtre ou une tentative de meurtre peut avoir été commis sans engager la responsabilité de celui qui y aura été porté ; malheureusement, la difficulté est de prouver que l'action incriminée a été commise pendant cet état particulier. Dans ce cas, on doit rechercher si l'individu a, en général, un sommeil pénible ; s'il est sujet à des rêves pendant lesquels on le voit s'éveiller en sursaut et manifester les signes d'une terreur plus ou moins vive ; s'il existe des circonstances qui ont pu, avant le sommeil, l'impressionner vivement. L'action porte en elle-même le caractère de l'absence de libre arbitre ; on n'en saurait non plus trouver le motif ;

©BIUM

l'individu qui a commis l'acte s'en afflige profondément, sa disposition morale naturelle doit différer entièrement de celle que présenterait le véritable criminel dont la conduite pourrait être simulée et l'attitude exagérée. »

Un jeune homme avait des rêves terribles ; une nuit que son père s'était levé, il entendit le grincement d'une porte; il saisit son fusil et attendit en guettant celui dont les pas s'approchaient. Aussitôt que son père fut à sa portée, il le frappa en pleine poitrine. (Hencke, 1851.)

Legrand du Saulle expose (*op. cit.*, p. 290) relativement à la responsabilité deux opinions contraires, dont l'une, qui a été soutenue par Hoffbauer et Fodéré, consiste à considérer comme coupables les auteurs d'actes criminels commis pendant le sommeil somnambulique : « Leurs actions sont probablement le résultat des idées et des méditations de la veille. »

Fodéré a même été jusqu'à porter le jugement sévère que voici : « Celui dont la conscience est toujours conforme aux devoirs sociaux ne se dément pas quand il est seul avec son âme ; celui, au contraire, qui ne pense que crimes, que faussetés, que vengeance, déploie durant son sommeil les replis de son inclination dépravée, que la présence des objets extérieurs avaient tenue enchaînée durant la veille. *Loin de considérer ces actes comme un délire, je les regarde comme les plus indépendants qui puissent être dans la vie humaine.* Je vois le somnambulisme comme un creuset dans lequel la pensée et l'intention se sont absolument séparées de leur gangue de matière. »

Legrand du Saulle ajoute que cette théorie inhumaine paraît s'être inspirée de la conduite que tînt l'un des Césars dans une circonstance digne d'être rapportée. Un citoyen romain rêve qu'il tue l'Empereur : « Si tu n'avais pas pensé pendant le jour à m'assassiner, lui dit l'implacable monarque, tu n'y aurais pas rêvé pendant

©BIUM

la nuit. » Et il envoya au supplice la victime inoffensive des mystères du sommeil. « Sur quelle base, continue Legrand du Saulle, ferait-on raisonnablement reposer la criminalité? Sur un rêve, regardé à tort ou à raison comme le miroir réflecteur des préoccupations de la veille? Mais une pensée coupable n'a-t-elle donc jamais traversé le cerveau du plus honnête homme? Comment remonter jusqu'à un vague projet que l'on assure avoir été nourri, lorsque le sommeil recouvre ces impressions intimes de l'âme et les dérobe à votre tardif examen? Ainsi que l'ont d'ailleurs si justement dit MM. Chauveau et Faustin Hélie : « Par quelle échelle de pré-« somption arriver à punir une intention présumée? » (Legrand du Saulle, *op. cit.*, p. 291.)

Les rêves ont été considérés comme un symptôme précurseur de la folie. « Dans une foule de rêves, dit Lélut, les fausses sensations ont la relation la plus manifeste avec les pensées les plus naturelles de l'état de veille. Elles traduisent des préoccupations qu'on porte depuis des années avec soi, comme une grande crainte, un grand désir, un grand remords. Il peut arriver que plusieurs nuits de suite elles reproduisent la même scène. L'observation psychologique offre de nombreux exemples de cette répétition nocturne d'une même transformation des idées. » (*Ann. méd.-psych.*, 1852, p. 517.)

Non seulement les rêves peuvent se montrer comme phénomène précurseur, mais, on le sait, ils accompagnent souvent aussi et compliquent les états aigus de la folie. Ils peuvent alors fournir des indications précieuses. Esquirol dit avoir plus d'une fois passé des nuits à observer quelques aliénés pendant leur sommeil et bien souvent ses veilles ont été récompensées ; les malades lui révélaient en dormant l'objet de leur délire.

La nature et le caractère des rêves sont le plus sou-

©BIUM

vent en rapport avec la forme de folie même. Chez les alcooliques, nous le verrons plus loin, les hallucinations se produisent au moment même où ils sont sur le point de s'assoupir. Ils se réveillent en proie aux plus violentes angoisses et cet incessant tourment les jette dans un nouvel état de surexcitation.

Les cauchemars peuvent persister quand les principaux symptômes du délire alcoolique ont déjà eux-mêmes disparu. Il y a là une indication pour le médecin qui ne doit pas croire à la guérison tant que cette disposition particulière existe. Les auteurs ont aussi justement remarqué que les désordres de la folie se sont quelquefois reproduits pendant le sommeil sous forme de rêves, longtemps même après la guérison.

Il existe encore un état que l'on a appelé *rêve prolongé*.

Le professeur Ball a écrit sur ce sujet d'intéressantes considérations : « Le caractère essentiel, le pivot du rêve, dit-il, c'est l'hallucination. Le rêveur est toujours un halluciné et les hallucinations du rêve ont une netteté de contours, une précision de détails qui ne se rencontrent que bien rarement à l'état de veille, même chez les aliénés les plus endurcis. »

Dans le rêve, le jugement étant suspendu, les faits les plus étranges se déroulent devant nous sans exciter la moindre surprise. Un autre caractère du rêve, ajoute l'auteur, c'est l'oblitération du sens moral. Carpenter raconte qu'un de ses amis, profondément religieux, était vivement affligé des rêves qui occupaient ses nuits. Il commettait des faux, des assassinats, sans éprouver le moindre remords de conscience ; son unique chagrin était la crainte d'être pendu.

M. Ball rapporte l'observation d'un rêve qui avait duré dix jours pleins ; le réveil s'était fait graduellement, la raison avait repris peu à peu son empire. Ce singu-

©BIUM

lier état physiologique, suivant lui, serait loin d'être exceptionnel et il connaît pour sa part nombre de personnes qui en sont plus ou moins victimes. Il ajoute que cette question a depuis longtemps attiré l'attention des auteurs. Carpenter, dans son intéressant ouvrage sur la physiologie mentale, rapporte l'observation d'une dame chez qui les souvenirs du rêve se mêlaient d'une façon tellement intime aux impressions de la veille, que jamais elle n'osait affirmer un fait quelconque, craignant toujours de l'*avoir rêvé*.

« Il existe, dit M. Ball, de nombreuses analogies entre le rêve et la folie, et le premier de ces deux états peut précéder ou préparer le second. Certains cas de folie ne sembleraient être que des rêves longtemps continués. Souvent ces rêves se traduisent en actes chez les alcooliques, et plus souvent encore chez les épileptiques. Si l'on ne doit pas conclure, avec Moreau (de Tours), à l'identité du rêve et de la folie, on doit cependant admettre que certaines formes de la folie empruntent le masque du rêve et répondent, selon toute probabilité, à des conditions fort analogues de la circulation cérébrale. » (Ball, *Morphinomanie*, p. 149 et 150.)

Je me permettrai de rapporter l'observation suivante : N... présente un état de découragement et de prostration allant presque jusqu'à la stupeur. Une pensée l'obsède, il croit que, dans un accès d'ivresse, il a assassiné, et de complicité avec d'autres individus, une femme qui avait été sa maîtresse. « Après avoir frappé cette malheureuse que je vois toujours bâillonnée, ils me mirent un poignard en main et profitant de ma soulographie complète, ils m'excitèrent à frapper. Mon ivresse a été mon guide, et ma main, dès ce moment fatal, fut tachée du sang de cette femme que j'avais peu fréquentée et que j'aimais cependant, quoiqu'elle était de mauvaise vie. Ce ne fut que le lendemain que

©BIUM

j'ai pu me rendre compte de ce qui s'était passé la veille. »

Pendant quinze mois qu'il reste à l'asile, on observe chez lui cette seule préoccupation ; il veut être jugé pour ce crime ; il demande instamment et continuellement d'être conduit sur le lieu du crime où l'on fera la découverte du cadavre. Il n'est pas fou et il réclame sa liberté ou son incarcération. Il raconte, lorsqu'on lui demande des détails sur le crime, que c'était pendant la nuit que le drame s'était accompli et que l'un des complices lui fit signer une pièce, au clair de lune, avec une plume trempée dans le sang du cadavre, menaçant avec un pistolet sous la gorge, de le tuer s'il s'opposait à signer. « Je signai, dit-il, dans l'état de surexcitation alcoolique dans lequel je me trouvais. » Cette pièce était ainsi conçue : « Je suis le seul auteur du crime. » Elle fut déposée dans un coffret placé dans la fosse où fut enterré le cadavre. Quant aux motifs du crime, il explique qu'on a tué cette femme parce qu'elle voulait dénoncer un de ses complices pour un vol avec effraction dans lequel il aurait lui-même participé, mais il ne se rappelle pas ce vol. Il a du reste fait serment de ne pas révéler le nom de son complice.

Il veut conduire la justice sur le lieu où est enterré le cadavre ; il veut en finir avec les souffrances qu'il éprouve, ses nuits sont pénibles, il se réveille en pleurant et en proie à une intolérable oppression. Au bout de quelques mois, ce cauchemar se dissipe presque subitement et N... sort guéri, très étonné des singulières idées qui n'avaient cessé de l'obséder pendant son séjour à l'Asile.

En dehors de l'alcoolisme, certaines affections nerveuses empruntent au rêve leurs caractères principaux.

L'extase, la catalepsie, le somnambulisme, provoqué ou non, appartiennent véritablement, au point de vue

©BIUM

des manifestations délirantes, à la famille des rêves.

« On observe chez beaucoup d'hystériques, dit le Dr Schüle (trad. Dagonet et Duhamel, p. 225 et suiv.), des états pathologiques de l'idéation; un développement excessif de l'imagination qui prime les autres fonctions intellectuelles, enfin une grande disposition aux idées obsédantes. On constate des idées brusques et extravagantes, des illusions, des hallucinations, *des rêves*, que la personne fait tout en étant éveillée et qui sont reproduits au gré de sa volonté. Tous ces phénomènes, isolés ou réunis, déterminent souvent des erreurs monstrueuses dans l'appréciation du temps; les malades prétendent être des personnages historiques du temps actuel ou des siècles passés et sont tantôt l'un ou l'autre de ces personnages, tantôt tous ces personnages à la fois; elles croient vivre successivement dans différents pays ou dans plusieurs pays à la fois. Dans leur mémoire, les jours deviennent des années. Il est plus particulièrement remarquable de voir les hystériques admettre comme réelles des souffrances qu'elles ont imaginées de toutes pièces ou qu'elles ont observées chez d'autres personnes, et elles arrivent ainsi à *souffrir réellement*. »

(*A suivre*).

©BIUM

CONTRIBUTION

A

L'ÉTUDE DE LA FOLIE A DEUX

Par le Dr BELLAT
Médecin adjoint de l'asile de Dijon.

SOMMAIRE. — La mère et la fille. — Hérédité. — Chagrins domestiques. — Hallucinations et délires similaires. — Voyages multiples. — Placement d'office.

Les nommées Ch..., la mère âgée de cinquante-cinq ans, la fille de trente ans, sans profession, entrent à l'Asile de Dijon, le 20 novembre 1887. Il résulte des pièces d'admission que ces dames ont, dans le courant d'octobre 1887, attiré sur elles, à plusieurs reprises, l'attention de l'autorité publique; le médecin appelé à les examiner a constaté, chez elles, du délire des persécutions avec des hallucinations de l'ouïe et une grande disposition à l'exaltation. D'après les certificats immédiats, MM^mes^ Ch... sont atteintes de « mélancolie avec hallucinations de l'ouïe et idées de persécution ». M^me^ Ch... et sa fille paraissent avoir supporté de grandes fatigues, leur personne porte l'empreinte de la souffrance, leur attitude est triste, la physionomie altérée, les traits amaigris. Ne pouvant chercher de renseignements qu'auprès de ces deux malades, j'interroge la mère sur ses antécédents héréditaires. Elle me répond d'une façon très évasive. Elle se tient sur ses gardes. Mais après quelques réticences, elle me dit que son père était parfois très drôle et que sa mère avait « l'esprit un peu dérangé ». Ce n'est qu'à un âge avancé que ses parents ont présenté ces troubles psychiques. Le chagrin paraît avoir été la cause déterminante de la folie de M^me^ Ch... — Depuis 1881, elle plaidait en séparation de corps et de biens, reprochant à son mari l'irrégularité de sa conduite.

©BIUM

Comme on le verra plus loin, Mme Ch... présentait déjà des signes non équivoques d'aliénation mentale. — Cette malade, qui est très intelligente, paraît avoir une nature un peu fière, on reconnaît aisément dans son caractère des tendances dominatrices. Il semble que le *sic volo sic jubeo* est toujours prêt à sortir de sa bouche. Sa jeune fille, au contraire, paraît avoir une nature calme et docile; elle est intelligente aussi, mais l'indolence de son caractère la rend peu apte à opposer la moindre résistance aux insinuations ou injonctions de sa mère. Elle entendait, à tout instant, porter sur le compte de son père, les plus graves accusations. Étaient-elles fondées? peu lui importe, elle les accepte sans contrôle et elle ajoute : « Ma mère a parlé, c'est suffisant. » — Cette seule réflexion indique que le terrain se trouvait désormais préparé pour l'adoption d'idées perdant alors tout caractère de vraisemblance.

Mme Ch... entraîne sa fille loin du domicile conjugal (1881), elle loue un petit appartement où, pour la première fois, elle se sent en butte à des persécutions; elle accuse le propriétaire de faire percer des trous dans le plafond, on frappe aux portes pour l'empêcher de dormir et la rendre folle. Sa fille se laisse peu à peu persuader que ce sont des gens d'intrigue qui les poursuivent. Elle croit à la réalité des sensations éprouvées par sa mère, elle les ressent elle-même; en un mot, ce n'est plus seulement l'erreur qui l'entraîne, mais bien la maladie qui commence à la dominer.

Jusqu'en 1884, époque à laquelle la séparation fut prononcée en faveur du mari, ces dames changèrent souvent de logement, se plaignant qu'ici on faisait communiquer leur appartement avec les égouts, que là on lâchait dans leur chambre des guêpes empoisonnées, qu'ailleurs on avait organisé un guet-apens de viol. En 1886, ces dames commencèrent une série de voyages qui devait se terminer par leur placement à l'Asile de Dijon.

Le récit de leurs aventures sera peut-être un peu long, mais je crois devoir retracer les principaux épisodes de ce pèlerinage d'un nouveau genre, car on y retrouve, avec leur cachet absolument spécial, les allures des aliénés dits voyageurs, et on se fait une idée parfaite de ce genre de malades qui comptent sur la toute-puissance de la vapeur, pour échapper à leurs persécuteurs.

Mme Ch... et sa fille vont d'abord dans leur pays natal; là, le maire et tous leurs parents se coalisent contre elles, elles sont obligées de partir et vont à Saint-Étienne où un homme

©BIUM

habillé en femme les poursuit. A Villeneuve-l'Archevêque, on tente de les déshonorer ; à Montereau, les voyageurs percent les plafonds de l'hôtel et les domestiques mettent du tabac dans le vin. A Fontainebleau, elles voient des jeunes gens qui portent à chaque instant des dépêches d'intrigue. Elles arrivent à Bois-le-Roi, n'ayant rien mangé depuis deux jours. Elles prennent une voiture, traversent la forêt de Fontainebleau pour aller s'installer dans une maison un peu isolée, où elles croient trouver un peu de tranquillité, mais elles s'aperçoivent bientôt que la maîtresse d'hôtel fait des accouchements clandestins et est en relations suivies avec un chef de brigands. A Melun, on met du charbon mouillé dans la cheminée que l'on a préalablement bouchée par le haut. La nuit, on fait venir dans leur chambre un fou qui leur tient des propos obscènes. Nos voyageuses reviennent à Montereau et prennent le train qui les conduit à Beaune ; de là, elles partent pour Saint-Étienne où, à peine couchées, on les oblige à ronfler ; ne sachant où se réfugier, elles partent pour Chambéry et Modane ; là, le café est empoisonné. Après un petit voyage en Italie, ces dames rentrent en France dans les premiers jours de 1887 ; elles s'arrêtent à Toulon, on les fait coucher dans une chambre où elles « sentent leur vie s'en aller », elles attribuent ce malaise à des émanations de plantes qu'elles ne connaissent pas. A Marseille, Montpellier, Cette, Narbonne, nouvelles tracasseries ; à Carcassonne, le garçon d'hôtel fait un trou dans le bouchon de leur bouteille pour y introduire des substances vénéneuses (1).

« Heureusement, disent-elles, nous étions averties. « C'est un don presque divin de pouvoir comprendre tout « cela. » Ces dames se décident alors à déposer une plainte au parquet. A Toulouse, où elles font un séjour de trois mois, on tente de les asphyxier à travers les fentes du plancher. Elles vont alors à l'hospice pour être plus en sûreté. De là, elles repartent pour Riom où on leur offre un bouquet empoisonné. Elles vont à Paris se plaindre au chef de la sûreté ; d'étape en étape, en faisant quelques haltes dans le département de l'Aisne, elles vont en Belgique où on essaie de faire sauter les hôtels dans lesquels elles se trouvent. Enfin, retour à Paris,

(1) Ces malades n'ont jamais eu de véritables hallucinations de la vue, mais seulement des illusions réveillées par une simple association d'idées, leur faisant tout interpréter dans le sens de leur délire.

©BIUM

puis à Beaune, où, pour définir une nouvelle persécution, elles trouvent le verbe microber ; on microbe leur pain, leur viande, leur vin, leurs vêtements. Elles préparent elles-mêmes leurs aliments, et mettent, avant de sortir, les scellés sur les malles qui contiennent leurs provisions, mais toutes ces précautions sont inutiles, les microbes sont partout.

C'est alors que le commissaire de police, sur une plainte de la maîtresse d'hôtel, mit un terme à leur voyage, et ces deux dames furent placées d'office à l'Asile de Dijon, après avoir dépensé une dizaine de mille francs à la recherche d'un repos qui leur a toujours manqué et qu'elles n'ont pas encore trouvé.

Il est à remarquer que dans le récit de leur odyssée, la mère et la fille se prêtent mutuellement l'appui de leur mémoire. Si on prie la mère de laisser la parole à sa fille, celle-ci continue comme on le ferait d'une leçon brusquement interrompue. Si on les interroge séparément, on reconnaît qu'elles commencent les mêmes phrases par les mêmes mots, que dans leur narration, elles se servent de locutions semblables ; en un mot, la fille est la doublure exacte de la mère. Si M^me^ C... ordonne à sa fille de parler, elle parle ; si elle lui dit de se taire, elle se tait, et aucune autorité ne serait assez puissante pour obliger cette jeune fille à enfreindre les ordres de sa mère ; il y a là suggestion absolue.

Quelques jours après leur arrivée, nos deux malades furent séparées. Cette mesure n'eut d'abord sur la mère aucun effet. C'est, d'après elle, une persécution de plus. Elle refuse pendant quelques jours toute nourriture, puis les conceptions délirantes se modifient, sa figure prend une physionomie particulière, qui réfléchit les préoccupations orgueilleuses et les sentiments exclusifs qui dominent son esprit. Sa démarche est assurée, son maintien imposant, elle porte la tête haute, tous les traits de sa face prennent une direction élevée, on dirait qu'elle cherche à se placer continuellement dans le point de vue le plus favorable pour attirer l'attention, ses gestes ont quelque chose de théâtral et d'animé, sa voix, dont elle varie toutes les inflexions, prend parfois des intonations solennelles. « Je trouverai dans mon âme stoïque, dit-elle, la force de sup- « porter cette nouvelle épreuve. Je briserai mes fers. J'aurai « la grandeur d'âme dans le malheur. Le malheur enfante le « génie ; mon étoile est l'avenir de la France, etc. »

Tantôt elle parle à ne jamais se taire ; dans d'autres cas, elle

©BIUM

a des réticences qui durent plusieurs jours. Elle recherche la solitude, s'éloigne des malades, ne répond même plus aux questions qu'on lui adresse.

Quant à la jeune fille, aussitôt après la séparation, son délire s'est modifié; on ne la tracasse plus, on ne met plus aucune substance nuisible dans ses aliments. Il n'est plus question de microbes. Le délire des persécutions s'efface pour faire place à un état mélancolique et à des idées mystiques. Elle a, dit-elle, une foi indomptable, elle désire que le monde entier fasse serment de fidélité à la Vierge, et qu'on annonce la fraternité des peuples.

Je ne puis mieux faire pour donner une idée de l'état mental de notre malade, que de reproduire quelques fragments d'une lettre qu'elle écrivait à sa mère, après huit jours de séparation.

« Ma mère chérie et bien aimée de Marie.

« J'éprouve le besoin de me mettre à genoux, car je t'adore « en priant, il me semble te voir environnée des bénédictions « du Ciel; mon amour pour toi m'a fait accepter toutes les « croix avec bonheur et s'il en est de nouvelles, ne diffère plus à « m'en faire part. Ton âme, que dorent les rayons de l'Orient, « m'a pardonné; j'ai prié, j'ai pleuré et j'ai souffert, car de « toutes les facultés de l'âme, celle que j'exerce le plus dans « cette cruelle séparation, c'est mon amour pour toi; un rayon « de ton indomptable foi est venu visiter mon âme meurtrie. « Je tremble en t'écrivant, mais de bonheur. Dans le premier « moment de ma douleur, j'aurais voulu mourir; ce qui m'a « servi de phare, c'est ton souvenir, mère chérie, car la vie sans « toi, c'est le mois de Marie sans l'Immaculée Conception. « L'amour, à ton enfant, a donné un cœur prophétique à « t'aimer et à te bénir. »

M^lle Ch... nous dit que les volontés de sa mère s'imposent à elle et qu'elle n'a jamais cherché à combattre ses idées, parce qu'elles s'appuyaient toujours sur des faits que tout le monde connaissait aussi bien qu'elle. Il est certain pour nous que M^lle Ch... a été poussée par sa mère dans la voie du délire des persécutions. En effet, il n'est plus question d'empoisonnement de microbes, etc., etc., aussitôt que l'influence de sa mère ne se fait plus sentir, et, nous pourrions, pour confirmer notre manière de voir, nous en tenir à la seule fugacité de ce délire, si nous n'avions pas vu reparaître chez cette jeune fille ses anciennes conceptions délirantes, quand nous avons cru, en pré-

©BIUM

sence du désespoir et de l'agitation de nos deux malades, devoir les remettre dans le même quartier.

Nous sommes donc en présence d'un cas type de folie communiquée et nous retrouvons bien, dans cette observation, les trois conditions spéciales au développement de cette affection, si judicieusement indiquées par notre savant confrère, M. le Dr Marandon de Montyel, dans son étude sur la folie à deux (1). Ces conditions sont les suivantes :

1° La prédisposition héréditaire chez celui auquel le délire doit être communiqué.

2° En tout temps, la vie commune aussi intime que possible entre les deux futurs codélirants.

3° Une action incessante de l'aliéné sur son compagnon sain d'esprit pour l'amener à partager ses hallucinations et ses conceptions délirantes.

Quant au résultat du traitement par la séparation, il a été nul ; il n'a eu pour effet que de donner au délire des deux malades une autre physionomie. Mais ce résultat eût été probablement bien différent, pour la jeune fille, s'il eût été possible, au début, de la soustraire à l'influence de sa mère, et nous ne saurions trop attirer sur ce fait l'attention des médecins qui sont appelés à constater les premiers symptômes du mal. Car, s'ils retrouvent, dans les renseignements commémoratifs, les trois conditions signalées plus haut, il leur sera facile de prévenir la fatale influence que ne manquera pas d'exercer l'un des malades sur l'autre, et d'aviser aux moyens qui auront pour but d'empêcher ce fâcheux résultat.

(1) *Annales médico-psychologiques.* Janvier 1881.

©BIUM

Statistique

ÉTUDE STATISTIQUE

SUR

LE SUICIDE EN FRANCE

DE 1827 A 1880

Par le Dr J. SOQUET
Médecin expert près le tribunal de 1re instance
du département de la Seine,
Secrétaire de la Société de médecine légale de France.

(*Ouvrage couronné par l'Institut, Prix de statistique. Académie des sciences*, 1886.)

(*Suite.*)

II

SUICIDES D'APRÈS LES AGES

Après avoir étudié d'une manière générale l'influence du sexe, tant sur l'intensité que sur l'accroissement du nombre des suicides, nous allons essayer d'apprécier celle de l'âge.

Dans le tableau ci-dessous, nous avons consigné, pour les hommes, les femmes et les deux sexes, le nombre total des suicides relevés de 1835 à 1880, d'abord pour les individus âgés de moins de seize ans, puis pour les jeunes gens de seize à vingt et un ans, ensuite de dix en dix ans pour les adultes et les vieillards jusqu'à quatre-vingts ans et même au delà.

©BIUM

Nombre total des suicides par sexe et par âge de 1835 *à* 1880.

	Hommes.	Femmes.	Deux sexes.
Moins de 16 ans...	923	395	1.318
De 16 à 21 — ...	4.719	2.716	7.435
21 à 30 — ...	18.097	6.136	24.233
31 à 40 — ...	23.828	6.354	30.182
41 à 50 — ...	29 364	7.794	37.158
51 à 60 — ...	29.866	7.930	37.796
61 à 70 — ...	24.065	6.548	30.613
71 à 80 — ...	11.786	3.538	15.324
Plus de 80 — ...	2.182	812	2.994
Age inconnu.....	3.509	727	4.236
Totaux.....	148.339	42.950	191.289

Nous avons inscrit, pour mémoire, le nombre des suicides dont l'âge n'a pas été déterminé, nombre relativement faible, surtout en ce qui concerne les femmes, ce qui tient peut-être à ce qu'elles s'éloignent moins, pour se donner la mort, de leur résidence habituelle. Notons, pour n'y plus revenir, que ce nombre diminue d'année en année, ce qui indique que les constatations se font avec plus de soin.

Le tableau suivant contient la moyenne annuelle, relative aux mêmes périodes de la vie, et les rapports entre les suicides d'hommes et ceux de femmes.

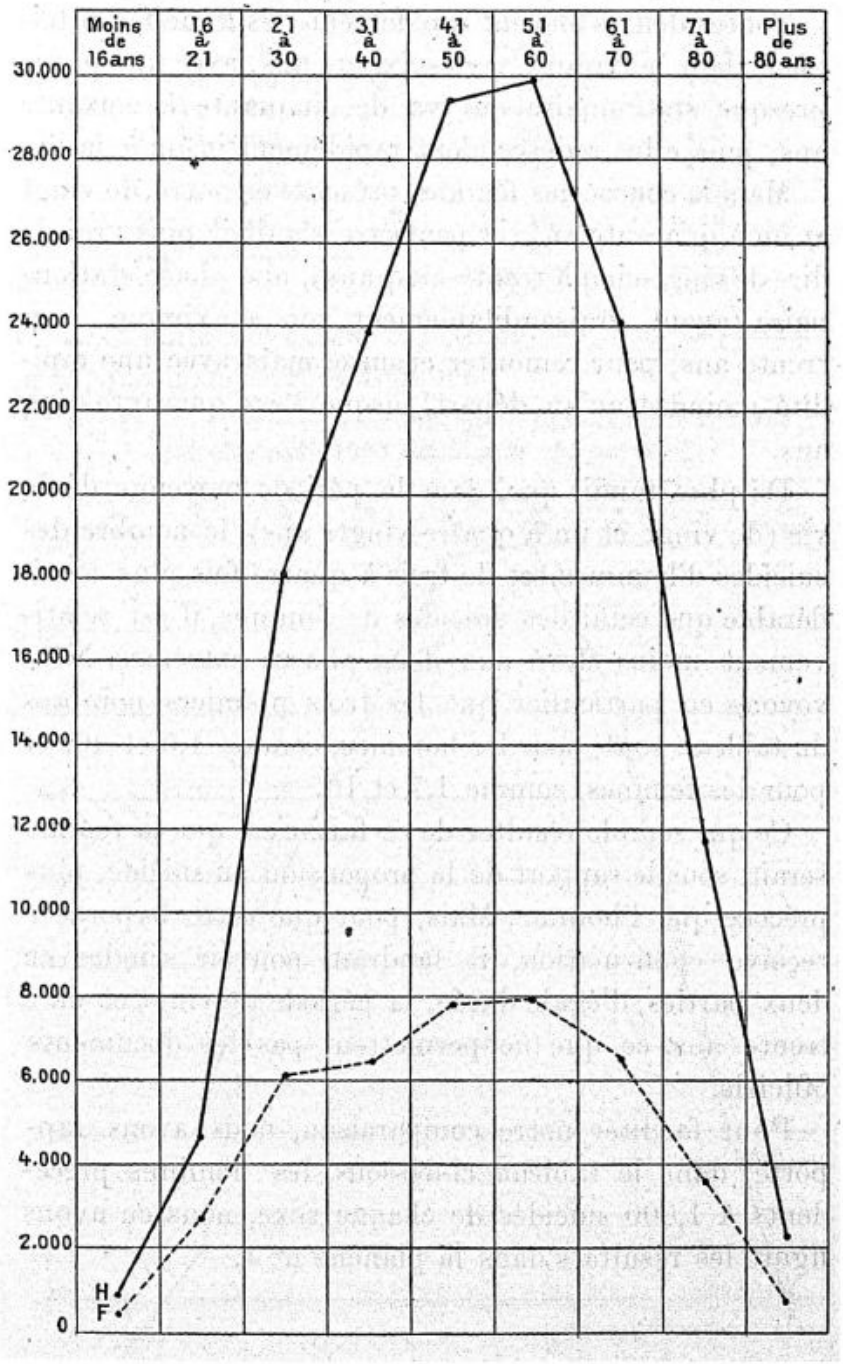
Moyenne annuelle des suicides et rapports entre les suicides d'hommes et ceux de femmes.

	Hommes.	Femmes.	Deux sexes.	Rapports.
Moins de 16 ans...	20	9	29	2.222
De 16 à 21 — ...	103	59	162	1.745
21 à 30 — ...	393	133	526	2.955
31 à 40 — ...	518	138	656	3.753
41 à 50 — ...	638	169	807	3.775
51 à 60 — ...	649	172	821	3.773
61 à 70 — ...	523	142	665	3.683
71 à 80 — ...	256	77	333	3.324
Plus de 80 — ...	48	18	66	2.611
Age inconnu.....	76	16	92	4.750
Totaux.....	3.224	933	4.157	3.455

Nous avons, en outre, représenté la série des indications du premier tableau par le tracé ci-dessous.

©BIUM

PL. III. — *Courbes indiquant, par sexe et par âge, le nombre total des suicides de 1835 à 1880.*



©BIUM

Cette planche nous montre que la courbe des hommes et celle des femmes présentent des analogies et des dissemblances.

Toutes deux s'élèvent rapidement dès le début, atteignent leur maximum vers soixante ans, avec une phase presque stationnaire qui va de cinquante à soixante ans, puis elles redescendent rapidement jusqu'à la fin.

Mais la courbe des femmes présente en outre, de vingt et un à quarante ans (et peut-être serait-il plus vrai de dire de vingt-cinq à trente-cinq ans), une phase stationnaire ayant vraisemblablement son maximum vers trente ans, pour remonter ensuite, mais avec une rapidité moindre qu'au départ, jusque vers quarante-cinq ans.

De plus, tandis que, dans la période moyenne de la vie (de vingt et un à quatre-vingts ans), le nombre des suicides d'hommes est de trois à quatre fois plus considérable que celui des suicides de femmes, il est relativement moins élevé aux deux phases extrêmes. Nous voyons en particulier que les trois premiers nombres du tableau sont, pour les hommes, comme 1,5 et 20, et pour les femmes, comme 1,7 et 16.

Ce qui semble résulter de ce fait, c'est que la femme serait, sous le rapport de la propension au suicide, plus précoce que l'homme. Mais, pour que cette hypothèse reçoive confirmation, il faudrait pouvoir scinder en deux parties, d'égale durée, la période de vingt et un à trente ans, ce que ne permettent pas les documents officiels.

Pour faciliter notre comparaison, nous avons rapporté, dans le tableau ci-dessous, les nombres précédents à 1,000 suicidés de chaque sexe, nous en avons figuré les résultats dans la planche n° 4.

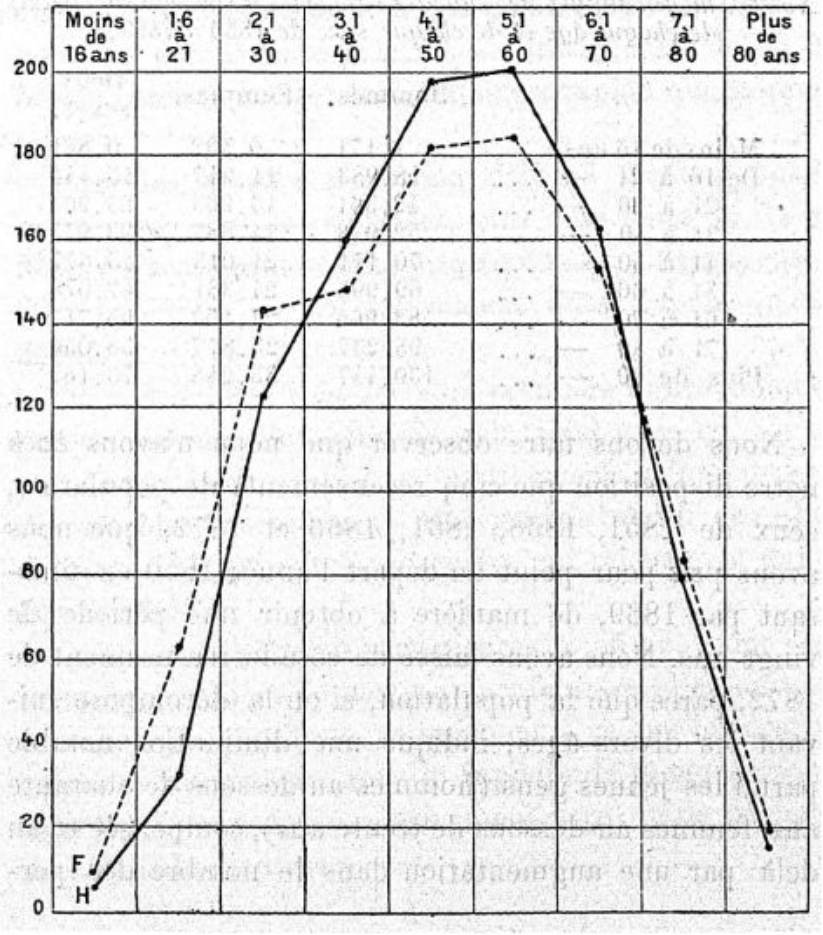
©BIUM

Proportionnalité relative calculée pour 1000 suicidés de chaque sexe.

	Hommes.	Femmes.
Moins de 16 ans...	6	9
De 16 à 21 — ...	32	63
21 à 30 — ...	123	143
31 à 40 — ...	161	148
41 à 50 — ...	197	182
51 à 60 — ...	201	185
61 à 70 — ...	162	152
71 à 80 — ...	79	82
Plus de 80 — ...	15	19
Age inconnu.....	24	17
	1.000	1.000

Les résultats ci-dessus ont été figurés dans la planche n° 4, que nous représentons ici.

PL. IV. — *Courbe représentant la proportionnalité relative calculée poir 1000 suicides de chaque sexe.*



©BIUM

On concevrait évidemment une idée fausse de la répartition des suicides d'après les âges, si l'on s'en tenait à ces résultats, car on y fait abstraction de la population; ce qui revient à supposer qu'il y a autant d'enfants au-dessous de seize ans que de jeunes gens de seize à vingt et un, etc., et que pour chacune de ces périodes le nombre des hommes est égal à celui des femmes, ce dont il est permis de douter et ce qui, en fait, n'a pas lieu.

Nous avons été conduits à tenir compte de la population, et tout d'abord nous avons calculé le nombre moyen annuel des suicides rapporté à 100,000 survivants de chaque âge et de chaque sexe.

Nombre moyen annuel des suicides rapportés à 100,000 survivants de chaque âge et de chaque sexe de 1850 à 1869.

	Hommes.	Femmes.	Deux sexes.
Moins de 16 ans.....	1.171	0.502	0.841
De 16 à 21 — ...	18.983	11.947	15.444
21 à 30 — ...	42.561	13.965	27.964
31 à 40 — ...	52.943	14.685	33.975
41 à 50 — ...	70.171	21.015	45.677
51 à 60 — ...	69.996	24.361	47.078
61 à 70 — ...	85.966	27.453	55.717
71 à 80 — ...	95.237	25.877	58.056
Plus de 80 — ...	130.447	33.245	75.162

Nous devons faire observer que nous n'avons eu à notre disposition que cinq recensements de population, ceux de 1851, 1856, 1861, 1866 et 1872, que nous avons pris pour point de départ l'année 1850 en finissant par 1869, de manière à obtenir une période de vingt ans. Nous avons laissé de côté le recensement de 1872, parce que la population, si on la décompose suivant les divers âges, indique une diminution notable parmi les jeunes gens (hommes au-dessous de quarante ans, femmes au-dessous de trente ans), compensée et au delà par une augmentation dans le nombre des per-

©BIUM

sonnes âgées. C'est là sans doute un fait intéressant en ce qu'il manifeste l'une des conséquences des événements de 1870-1871, et en particulier de la perte de l'Alsace-Lorraine; mais il a l'inconvénient d'introduire un élément étranger à la question que nous traitons ici; nous avons dû, pour conserver l'homogénéité nécessaire, nous contenter d'une période moins considérable, et nous avons cru pouvoir, sans erreur grave, appliquer à l'année 1869, les renseignements fournis par le recensement de 1866.

Les indications du tableau précédent, traduits sous forme de courbes, nous donnent la planche suivante. (Page 222.)

Ces nouvelles courbes sont très différentes de celles que nous considérions il n'y a qu'un instant. Pour les hommes, ascension rapide, phase stationnaire de 45 à 55 ans, puis nouvelle ascension aussi rapide que la première.

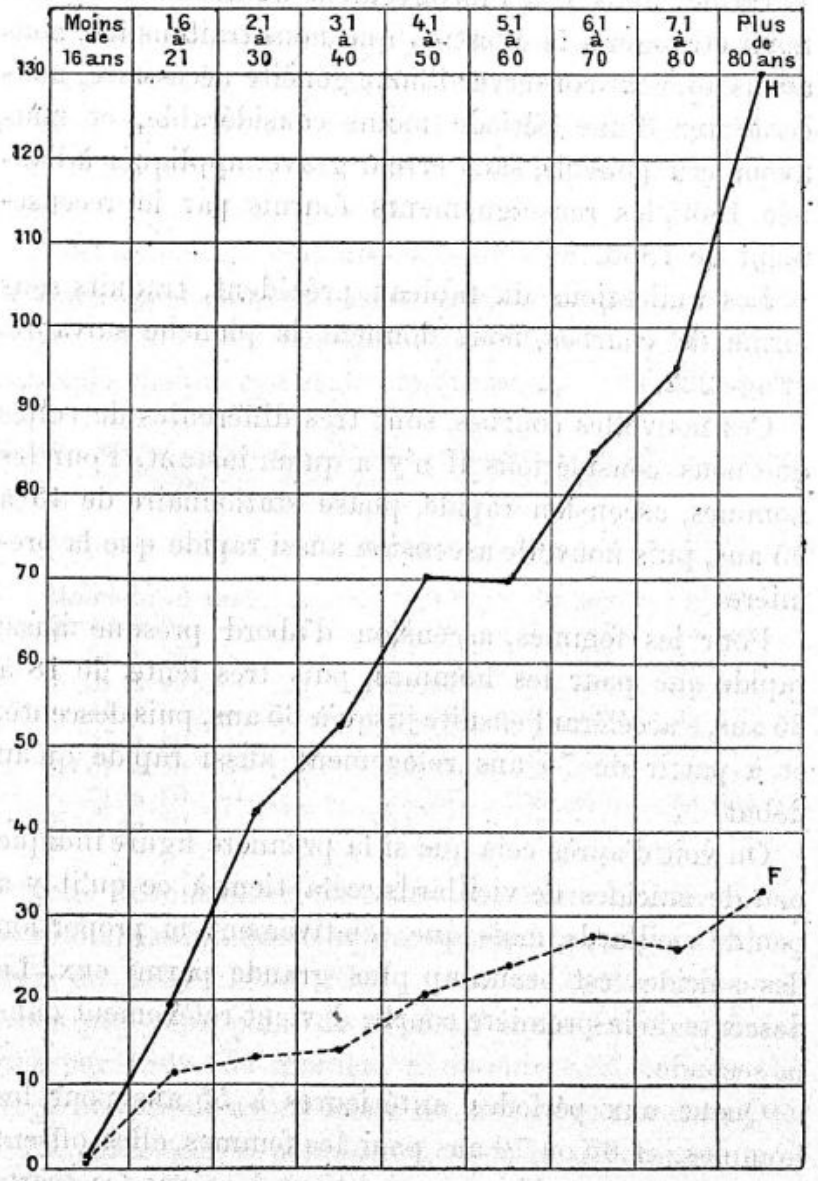
Pour les femmes, ascension d'abord presque aussi rapide que pour les hommes, puis très lente de 18 à 35 ans, s'accélérant ensuite jusqu'à 65 ans, puis descente, et à partir de 75 ans relèvement aussi rapide qu'au début.

On voit d'après cela que si la première figure indique peu de suicides de vieillards, cela tient à ce qu'il y a peu de vieillards, mais que relativement la proportion des suicides est beaucoup plus grande parmi eux. La descente de la première courbe devient relèvement dans la seconde.

Quant aux périodes antérieures à 55 ans pour les hommes, et 65 ou 70 ans pour les femmes, elles offrent une analogie manifeste, ce qui tient à ce que les écarts entre les divers âges, sous le rapport de la population, sont très peu accusés relativement à ce qu'ils deviennent dans la vieillesse.

©BIUM

PL. V. — *Courbes indiquant le nombre moyen annuel des suicides rapporté à 100,000 survivants de chaque âge et de chaque sexe de 1850 à 1869.*



Pour nous faire une idée plus exacte des différences existant entre les sexes, suivant l'âge considéré, calculons pour chaque période, d'une part le rapport entre le

©BIUM

nombre des suicides d'hommes et le nombre des suicides de femmes, ce qui fournit la série :

(1) 2,39 — 1,57 — 2,92 — 3,66 — 3,34 — 2,62 — 2,92
3,18 — 2,97

et d'autre part, les rapports entre les hommes et les femmes au point de vue de la population, ce qui fournit la série ci-après, qui correspond à la précédente :

(2) 1,02 — 0,99 — 0,96 — 1,01 — 1,00 — 0,99 — 0,94
0,86 — 0,75

En divisant la première par la deuxième, terme à terme, on a :

(3) 2,34 — 1,59 — 3,06 — 3,63 — 3,34 — 2,44 — 3,10
3,69 — 3,96

Et ces derniers nombres expriment précisément les rapports entre les ordonnées correspondantes des deux courbes de la planche n° 3.

Remarquons d'abord que les nombres de la première série diffèrent notablement de ceux qui figurent dans un tableau précédent, et qui représentent les rapports entre les suicides d'hommes et ceux de femmes ; ces derniers correspondent à l'ensemble des suicides de 1835 à 1880. On doit attribuer ce fait aux influences politiques des années 1870 et 1871 que nous avons écartées dans nos derniers calculs. La moyenne générale, 3,455, est remplacée par la période 1850-1869 par 3,09, chiffre plus faible.

La troisième série, mise en regard des courbes de la planche n° 5, manifeste plus clairement que ne le feraient de minutieuses explications les variations dans la propension au suicide suivant l'âge et suivant le sexe. Bornons-nous à faire observer qu'entre l'époque de la puberté et celle de la majorité légale, la tendance au suicide est, relativement à la moyenne, très accusée

©BIUM

parmi les jeunes filles, et que, dans la vieillesse, les hommes y sont beaucoup plus enclins, relativement aux femmes, qu'à toute autre époque.

Le période de 45 à 55 ans semble relativement favorable à l'homme. Parvenu à sa complète maturité, encore plein de vigueur, il a conquis d'ordinaire la sécurité et jouit en outre d'un équilibre stable entre toutes ses facultés. Pour les femmes, il y a deux époques privilégiées, celle de 20 à 35 ans environ, l'âge de la maturité, et celle de 65 à 75, période du calme et du repos. On ne voit pas que la ménopause ait une influence bien caractérisée, car la courbe ne subit, de 35 à 65 ans, que de faibles oscillations.

Essayons maintenant, autant que le permettra la période évidemment trop courte que nous avons dû choisir, de nous représenter l'évolution des suicides dans les deux sexes aux diverses phases de la vie.

A cet effet, retranchons, pour chacune d'elles, les résultats de 1850 de ceux de 1869 et divisons les différences par 20. Nous aurons ainsi ce que nous avons déjà appelé, dans le chapitre 1er, l'accroissement moyen, que nous rapporterons ensuite au nombre des suicides de 1850.

Accroissement moyen.			Accroissement relatif à la population.		
2 S.	H.	F.	2 S.	H.	F.
0.60	0.45	0.15	0.0340	0.0361	0.0288
2.35	1.95	0.40	0.0244	0.0331	0.0106
3.60	5.30 —	1.70	0.0108	0.0214 —	0.0221
10.85	9 00	2.85	0.0302	0.0319	0.0192
13.65	13.50	0.15	0.0324	0.0416	0.0017
15.65	12.45	3.20	0.0454	0.0489	0.0460
19.50	18.45	1.05	0.0766	0.0908	0.0350
11.60	9.30	2.30	0.0925	0.0975	0.0289
2.25	1.90	0.35	0.0712	0.0803	0.0166

Ces chiffres nous montrent que l'augmentation varie avec l'âge, et que le nombre des suicides de vieillards

©BIUM

s'accroît, dans les deux sexes, bien plus que le nombre des suicides de jeunes gens. Il est à remarquer que de 20 à 30 ans l'accroissement est pour les hommes, à son minimum, 2 p. 100 du nombre moyen, et que pour les femmes il y a diminution dans la même proportion, comme l'indique le signe placé devant les chiffres correspondant à cet âge. De plus, en ce qui concerne les femmes, l'accroissement de 40 à 50 ans (âge critique) n'atteint pas les 2 millièmes du nombre moyen. Enfin, tandis que la tendance au suicide augmente en général beaucoup plus pour l'homme que pour la femme, nous pouvons noter que de 50 à 60 ans il y a égalité entre les deux sexes. C'est à cet âge que les femmes ont le plus de propension à l'ivrognerie, et peut-être est-ce à l'alcoolisme qu'il faut rattacher cette particularité.

Nous avions fait relativement à la population des calculs analogues, en vue d'effectuer un rapprochement, âge par âge, et pour les deux sexes, entre l'accroissement du nombre des suicides et celui du nombre des habitants. Mais il nous a été impossible, vu l'incohérence des chiffres successifs, de dégager aucun fait précis ; tout au plus peut-on dire que si la tendance au suicide menace davantage les vieillards, il y a, par compensation, dans notre état social, quelque chose de particulièrement favorable à la conservation des personnes âgées (au-dessus de 40 ans). Et, en effet, l'accroissement moyen qui, jusqu'à cet âge, varie pour les hommes de 12 à 28 dix-millièmes de la population correspondante, et pour les femmes de 13 à 24, s'élève brusquement pour les hommes de 51 à 123 pour redescendre à 49, et pour les femmes va de 43 à 82, puis de 82 à 42, avec une chute correspondant à la période de 51 à 60 ans, où l'accroissement n'est plus que de 0,002.

©BIUM

III

SUICIDES D'APRÈS LES PROFESSIONS.

Il ne nous a pas été permis pour ce chapitre de comprendre les années 1879 et 1880 dans notre statistique. Cela tient à ce que pour ces deux années la division des suicides par profession n'a pas été la même que pour les statistiques précédentes. Les suicides appartenant à l'industrie et ceux du commerce ont été réunis, de sorte qu'il est impossible de savoir combien de suicidés appartiennent à chacune de ces catégories ; nous regrettons, une fois de plus, le manque d'uniformité dans ces publications. En conséquence, notre statistique pour les suicidés d'après les professions commencera en 1835, pour s'arrêter en 1878, soit 44 années.

Le tableau que nous donnons ci-dessous contient le nombre total des suicidés de chaque sexe entre les diverses professions, groupées sous neuf chefs distincts.

Nombre total des suicides par professions (1835 à 1878).

N°	Professions des suicidés.	H.	F.	2 S.
1	Attachés à l'exploitation du sol.	47.779	13.648	61.427
2	Ouvriers chargés de la mise en œuvre des produits du sol, etc.. . .	25.184	2.300	27.484
3	Boulangers, bouchers, meuniers, etc.	3.413	329	3.742
4	Tailleurs, perruquiers, chapeliers, etc.. . . .	6.442	3.479	9.921
5	Commerçants.	6.969	997	7.966
6	Mariniers, voituriers, commissionnaires. . .	3.576	54	3.630
7	Aubergistes, logeurs, cafetiers, domestiques attachés à la personne. .	6.649	3.826	10.475
8	Professions libérales. .	25.797	3.308	29.105
9	Professions inconnues ou sans profession (filles publiques, etc.). . . .	12.186	12.219	24.405

©BIUM

Ce tableau nous apprend que : pour les hommes, les attachés à l'exploitation du sol fournissent le plus grand nombre de suicides, et qu'ensuite viennent dans une proportion moitié moindre d'abord les individus appartenant aux professions libérales, ensuite les ouvriers chargés de mettre en œuvre les produits du sol. Les professions qui en fournissent le moins sont celles de l'alimentation (boulangers, bouchers, etc.), et du transport (mariniers, voituriers, etc.).

Pour les femmes, celles qui sont attachées à l'exploitation du sol fournissent le plus de suicides, viennent ensuite, à peu de distance, les femmes sans profession, ou sans profession connue ou avouable. Dans cette dernière catégorie, le nombre des femmes est égal à celui des hommes, tandis que dans les autres il est de beaucoup inférieur. Les professions qui fournissent le moins de suicides sont celles du transport (n° 6), de l'alimentation (n° 3) et du commerce (n° 5).

Le rapport des suicides d'hommes à ceux de femmes varie pour chaque catégorie comme suit :

Nos 1. . .	3.50	Nos 6. . .	66.22
2. . .	10.95	7. . .	1.73
3. . .	10.37	8. . .	7.80
4. . .	1.85	9. . .	0.997
5. . .	6.99		
Rapport d'ensemble.			3.454

Ces chiffres nous montrent que la population agricole forme la moyenne, les autres professions offrant par rapport à elle des variations en plus et en moins qui se compensent à peu près exactement.

Pour plus de commodité, nous avons, comme à l'ordinaire, calculé la moyenne annuelle correspondant à cette période, et enfin, rapporté les chiffres trouvés à 1,000 suicidés, hommes, femmes et sexes réunis. Ces différents résultats sont consignés dans le tableau ci-dessous.

©BIUM

Moyenne annuelle des suicidés et proportions pour 1000 suicides de chaque sexe.

Classes	Moyenne annuelle.			Proportions pour 1000 suicides.		
	H.	F.	2 S.	H.	F.	2 S.
1	1.086	310	1.396	346	340	345
2	572	52	624	182	57	154
3	76	8	84	25	8	21
4	147	79	226	47	87	56
5	159	22	181	51	25	45
6	81	2	83	26	2	20
7	151	87	238	48	95	59
8	587	75	662	187	92	163
9	277	278	555	88	304	137
	3.136	913	4.049	1.000	1.000	1.000

Nous avons ensuite comparé l'année 1878 à l'année 1835, et nous avons calculé l'accroissement moyen annuel correspondant, que nous avons rapporté ensuite au nombre de suicides, pour chaque catégorie de professions.

Nous avons formé ainsi le tableau suivant :

Catégories de professions	Augmentation moyenne annuelle		Rapport de l'augmentation annuelle au nombre des suicides.	
	H.	F.	H.	F.
1	26	8	0.024	0.026
2	7	2	0.01	0.04
3	3	0.25	0.04	0.03
4	3	0.75	0.02	0.01
5	2	»	0.01	»
6	0.75	»	0.01	0.01
7	4	1	0.03	0.01
8	7	2	0.01	0.03
9	5	2	0.02	0.01

Ce tableau nous apprend que dans la classe agricole la tendance au suicide croît à peu près de la même manière pour les deux sexes, et que c'est cette classe qui règle la vitesse du mouvement général, vitesse que nous

©BIUM

avons vu, au chapitre 1er, être environ de 1/20, soit 0,0475.

Pour les hommes, les professions de boulangers, bouchers, meuniers (5), sont les seules où la tendance au suicide soit relativement très marquée ; celles d'aubergiste, cafetier, domestique (7), sont dans les mêmes conditions que la classe agricole ; toutes les autres offrent un accroissement assez faible, de 1 à 2 p. 100.

Parmi les femmes, les ouvrières chargées de la mise en œuvre des produits du sol (2) ont une tendance relativement très marquée ; viennent ensuite les boulangères, bouchères, etc. (3), et celles qui appartiennent aux professions libérales (8) (vraisemblablement les femmes, filles ou sœurs d'hommes exerçant ces professions, peut-être aussi les artistes, les employés d'administrations publiques, les religieuses ; les documents sont fort peu explicites à ce sujet). Notons que la catégorie des femmes sans profession (9), parmi lesquelles figurent les filles publiques, qui fournit annuellement un nombre considérable de suicides, ne donne qu'un accroissement proportionnel de 1 p. 100.

Ces renseignements, pour être satisfaisants, ont évidemment besoin d'être complétés par un rapprochement avec les chiffres de population correspondant à chaque catégorie. Mais ici, nous nous sommes trouvé en face d'une difficulté à peu près insurmontable, tenant à ce que le classement que nous avons reproduit d'après la statistique de la juridiction criminelle ne répond pas à celui qui a été adopté par le ministère du commerce.

Nous avons essayé de les combiner ; mais il en résulte, même dans les cas où nous avons pu y parvenir, une incertitude assez grande pour que nos chiffres n'aient en général d'autre valeur que celle d'un aperçu plus ou moins vague.

©BIUM

Nous reproduisons ici ce classement relatif à la population.

1 Agriculture. . . .	Séparément.	Domestiques attachés à la personne.
2 Industrie.	—	id.
3 Commerce	—	id.
4 Transport, crédit, banque, commission.		id.
5 Professions diverses.	Chefs et direct. d'hôtels meublés, d'établ. de bains, de pompes funèbres, etc.	id.
6 Professions libérales.	1° Clergé de tous les cultes. 2° Force et sûreté publique. 3° Administration publique. 4° Professions libérales.	id.
7 Personnes vivant exclusivement de leurs revenus.		id.
8 Individus sans profession (gens sans aveu).		
9 Catégories de population non classées.	Enfants en nourrice. Etudiants et élèves. Personnel des établiss. hospitaliers, des prisons.	
10 Professions inconnues ou non constatées.		

En faisant abstraction des domestiques attachés à la personne, nous avons considéré le titre *agriculture* (n° 1) comme répondant exactement au titre : *attachés à l'exploitation du sol*, du classement dont nous nous sommes servis jusqu'à présent. De même, sous la rubrique *Industrie* (n° 2), nous avons groupé les catégories 2, 3 et 4 de notre premier classement. Le titre *Commerce* (n° 3) nous a paru correspondre au titre *Commerçants* (n° 5). Cependant il est telle profession, celle de boucher, par exemple, pour laquelle nous ignorons si elle est considérée comme une industrie ou comme un commerce. Pareillement le titre n° 4 (transport, crédit, banque, commission) que nous avons assimilé au titre n° 6 du premier classement (mariniers, voitu-

©BIUM

riers, commissionnaires), outre l'équivoque sur le mot commissionnaire, laisse dans le doute relativement à la banque et au crédit. Le titre 5 (professions diverses), en y joignant l'ensemble des domestiques attachés à la personne, des individus de toute profession, nous a paru répondre au titre 7 de la juridiction criminelle. Nous avons admis, en outre, l'équivalence des titres 6 et 8 correspondant dans chaque mode de classement aux professions libérales. Enfin, au titre 9 de la juridiction criminelle, nous avons fait correspondre les titres 8 et 10 de la population. Quant au titre 7 (personnes vivant exclusivement de leurs revenus) qui comprend, outre les rentiers proprement dits, toutes les personnes âgées, retirées des affaires, etc., nous n'avons su à quoi le faire correspondre dans le classement de la juridiction criminelle. Nous en dirons autant du titre 9.

Malgré ces incertitudes et ces lacunes, nous avons calculé le nombre de suicides pour 100,000 habitants correspondant à l'année 1872, passé laquelle la statistique relative à la population reste muette.

Nombre de suicides pour 100,000 habitants en 1872.

		H.	F.	2 S.	Rapport.
1	Agriculture	18	6	12	3
2	Industrie..	25	4	14	6
3	Commerce.	9	1	5	9
4	Transport, crédit, banque, commission	18	0.25	10	72
5	Professions diverses, domestiques.	16	5	10	3.20
6	Professions libérales. . .	67	15	46	4.47
7	Sans profession, profession inconnue.	140	64	92	2.19
8	Vivant de leurs revenus et non classés.	»	»	»	»
	Moyennes.	22	6	14	3.67

Les agriculteurs qui forment la moitié de la population fournissent un chiffre inférieur à la moyenne 14,

©BIUM

chiffre que présente l'industrie, laquelle forme un peu moins du cinquième de la population. Les commerçants qui forment le treizième de la population sont les plus favorisés, et après eux les domestiques, qui comptent pour un quinzième dans le nombre total des habitants. Quant aux catégories les plus maltraitées, professions libérales (46 pour 100,000 habitants) et gens sans aveu (92 pour 100,000 habitants), elles ne comptent dans la population que pour des chiffres assez faibles, un vingtième pour la première, un soixante-dixième pour la deuxième.

Si nous comparons entre eux les deux sexes, nous voyons que la catégorie la plus favorable aux femmes relativement aux hommes est celle des transports, banque, etc. (1 suicide de femme pour 72 d'hommes), bien que pour les hommes elle donne un chiffre inférieur à la moyenne. Viennent ensuite le commerce (1 femme pour 9 hommes), puis l'industrie (1 femme pour 6 hommes), les professions libérales (10 femmes pour 45 hommes). Dans la masse agricole, la proportion est de trois hommes pour une femme, l'agriculture est donc sous ce rapport relativement défavorable aux femmes et bien plus encore l'existence hors classe (n° 7).

Nous croyons devoir nous abstenir de toute hypothèse pour rendre compte de ces faits. D'abord, il ne s'agit que d'une seule année ; ensuite la classe n° 8 à laquelle nous n'avons pu faire correspondre aucun suicide contient une population de 2,540,417 habitants dont 1,134,939 hommes et 1,405,478 femmes, et que ces nombres devraient être répartis entre les autres classes suivant un mode que nous ne pouvons déterminer. D'où il suit qu'il faut se montrer ici très sobre de conclusions.

(A suivre.)

©BIUM

Médecine légale.

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

par le Dr A. GIRAUD,
Directeur-médecin de l'asile de Saint-Yon.

SOMMAIRE. — INCENDIAIRES (*suite*). Affaire L..., par le Dr Langlois, irresponsabilité. — Affaire J..., irresponsabilité. — Affaire C..., irresponsabilité. — Affaire M..., par les Drs Giraud et Michel, atténuation de responsabilité, ordonnance de non-lieu. — Affaire B..., par les Drs Ballay, Cortyl, Delaporte, responsabilité. — Affaire H..., responsabilité. — Affaire M..., par les Drs Bécoulet, Rouby et Garnier, responsabilité. — Affaire L..., par le professeur Pick, irresponsabilité.

Nous poursuivons aujourd'hui l'examen de notre série de rapports médico-légaux sur les incendiaires.

Le nommé L..., examiné par le Dr Langlois, à Maréville, était parti de Sainte-Marie-aux-Mines, où il venait d'être condamné pour ivresse publique et se dirigea sur la France. Après quelques heures de marche, il jeta le peu d'argent qu'il possédait, ne gardant que deux pièces de 10 centimes, l'une française, l'autre suisse. La nuit étant survenue, il trouva l'hospitalité dans une ferme, où il dormit à peine une heure. Il était tourmenté par des instincts de destruction. Le lendemain, il continua à vagabonder à travers la forêt et les champs, il rencontra un village où il acheta pour deux sous de pain, et, après bien des détours, il arriva à Nancy au commencement

©BIUM

de la nuit. Après avoir erré dans les rues, et ne sachant où aller coucher, il songea à des meules d'avoine qu'il avait vues sur sa route. Il s'étendit auprès de l'une d'elles, mais il ne put s'endormir parce qu'il ne pouvait chasser de son esprit l'idée de mettre le feu, idée contre laquelle il avait lutté toute la journée. Sa volonté devint impuissante à maîtriser l'impulsion, et il incendia ces meules dont le volume devait être considérable, car le sinistre a été évalué à 12,000 francs. L'incendie allumé, il revint à Nancy, se dénonça lui-même, et se fit mettre en état d'arrestation en donnant toutefois un faux nom. Interrogé sur le mobile de l'acte, il répondit : « C'est parce qu'il fallait que j'aille en prison. »

Mis en observation à l'asile de Maréville, il se montra calme, indifférent, ne questionnant jamais son entourage sur le sort qui lui était réservé, jouant aux cartes quand on ne l'occupait pas à quelques travaux d'intérieur. Il prenait ses repas avec appétit, dormait paisiblement, et se trouvait à son aise dans le milieu où il était. Le Dr Langlois constata par son interrogatoire que la mémoire était souvent infidèle, mais il y avait aussi des réponses que l'on peut considérer comme typiques pour montrer l'obsession à laquelle l'accusé a succombé.

D'après les renseignements du dossier, L... avait toujours été porté à la mélancolie; sans être un ivrogne, il se livrait assez souvent à des excès de boisson. Or, une faible dose de spiritueux suffisait pour provoquer chez lui l'ivresse, et il avait pour ce fait subi trois condamnations; enfin on a signalé chez lui, à une date antérieure, des symptômes d'aliénation mentale.

Dans la discussion des faits, le Dr Langlois rejette toute idée de simulation. Le prévenu n'en a eu ni l'attitude ni les réponses, et il n'a jamais cherché à atténuer sa faute. Il a reçu assez d'instruction pour savoir ce

©BIUM

qu'est une hallucination et il n'en a invoqué aucune pour se disculper. Au moment de l'acte incriminé, L... ne présentait pas de symptômes d'intoxication alcoolique. Il n'était pas non plus atteint d'un délire généralisé, mais il était atteint d'un délire partiel qu'on rencontre dans la folie impulsive ou folie dans les actes, caractérisée principalement par l'extravagance ou l'absurdité dans la manière d'agir et surtout par l'absence de mobile. Le propriétaire des meules était inconnu au prévenu qui ne pouvait, en allumant l'incendie, éprouver aucun sentiment de haine, de vengeance ou de jalousie. L... avait fait preuve d'insanité d'esprit en entreprenant un voyage sans but déterminé, en semant son argent au départ et en courant à travers les champs.

« Les impulsifs, dit le Dr Langlois, luttent énergi-
« quement contre leur idée dominante et finissent tou-
« jours par succomber. L'acte accompli, ils éprouvent
« une sorte de détente, et même de satisfaction. Ils ne
« cherchent pas à se disculper, et vont souvent se livrer
« à la justice. Ils ne réclament pas l'indulgence, ils se
« contentent de répondre : « Je n'ai pas pu m'en em-
« pêcher, c'était plus fort que moi. »

« Ces particularités, nous les retrouvons chez L..., qui
« a pu combattre ses penchants jusqu'au moment où,
« revenu auprès des meules d'avoine, et ayant tant
« besoin de sommeil, il se disposait à dormir. Ses mar-
« ches, ses contre-marches, la privation de nourriture
« et la lassitude extrême qui en résultait ne purent dé-
« truire ses conceptions délirantes. Comme tous les
« aliénés incendiaires, il contemple pendant quelques
« instants son œuvre de destruction, puis il prend la
« fuite, parce que, dit-il, il a peur d'être pris par le
« propriétaire. Mais alors, pourquoi demande-t-il aux
« agents de l'emprisonner? Etrange contradiction qui
« ne peut s'expliquer que par un état morbide. »

©BIUM

On ne saurait invoquer en effet qu'il s'est dénoncé sous l'influence de remords, puisqu'il n'a jamais manifesté de regrets, et il s'est rendu chez le commissaire « comme à une *fête, le cœur moitié content, moitié attristé*, sans se préoccuper de ce qui lui arrivera. »

Les conclusions du rapport sont :

1° L... a été atteint de folie impulsive ;

2° Au moment de l'acte incriminé il ne jouissait pas de l'intégrité de ses facultés intellectuelles ;

3° Il n'est pas responsable.

Une ordonnance de non-lieu a été rendue et L... a été placé à Maréville.

Nous avons été appelé comme expert dans un cas présentant une analogie manifeste avec celui que nous venons d'analyser.

La fille J..., Marie, âgée de vingt ans, placée comme domestique chez un propriétaire rural était poursuivie pour avoir allumé un incendie chez les voisins de ses maîtres. Elle avait nié d'abord qu'elle fût l'incendiaire, puis elle avait fait des aveux. Trois ans auparavant, un incendie avait détruit la grange de ses maîtres, mais l'enquête avait été close avec la mention « causes inconnues ». La fille J... compléta ses aveux en reconnaissant qu'elle était l'auteur de ce premier incendie. L'accusée était une fille de taille moyenne, avec un peu d'embonpoint, à teint pâle, avec quelques taches de rousseur. Elle ne présentait pas d'asymétrie de la face, mais l'expression de la physionomie était niaise. Interrogée sur ses antécédents, ses réponses étaient souvent vagues. Elle a prétendu qu'elle aurait eu, vers quatorze ans et demi, une maladie nerveuse, mais elle n'a pu fournir aucun renseignement sur ce qu'elle aurait éprouvé à cette époque. Elle a déclaré qu'à certains moments des *folies lui montaient à la tête*, que *ses nerfs se tendaient*, et qu'elle n'en était plus maîtresse; mais

©BIUM

lorsqu'elle a été invitée à exprimer d'une manière moins vague ce qu'elle ressentait, elle a répondu qu'elle ne pouvait pas en rendre compte autrement. Elle a toutefois déclaré qu'elle était tourmentée par certaines idées et qu'elle n'était tranquille qu'après avoir exécuté ce qu'elle avait l'idée de faire. C'est ainsi qu'elle se serait jetée plusieurs fois tout habillée dans le ruisseau qui passe à V... et se serait trempée jusqu'au cou. Elle se serait même une fois ainsi mise à l'eau quand elle avait ses règles, et aurait été indisposée à la suite. Dans une autre circonstance, elle se serait jetée du grenier sur l'aire de la grange. Ces faits ont été confirmés par l'enquête. Elle avait au moment de l'acte incriminé une suppression de règles; mais l'examen, auquel elle s'est soumise sans difficulté, a montré qu'elle n'était pas enceinte.

Comme antécédents héréditaires on a relevé un frère faible d'esprit, et deux oncles maternels auraient présentés des anomalies. La prévenue était manifestement faible d'esprit. Son insouciance et sa mobilité d'esprit était faciles à constater. En outre, elle avait commis des actes ayant fait dire d'elle « qu'elle n'avait pas son bon esprit. » Elle était obsédée par certaines idées, et n'était tranquille qu'après avoir cédé à son impulsion. Nous n'avons pas hésité à déclarer que les deux incendies à l'occasion desquels elle a été poursuivie ont été allumés sous l'influence d'une impulsion maladive. On notait l'absence de tout mobile sérieux. Lors du premier incendie, la prévenue n'avait aucun sentiment de haine ni de vengeance à l'égard de ses maîtres. Une voisine aurait été autorisée à remiser de la paille dans la grange, et l'incendie a été allumé parce que cette paille gênait Marie J... Dans le second incendie, on n'a trouvé aucun mobile, mais on avait remarqué auparavant chez la prévenue des allures étranges. Elle paraissait préoc-

©BIUM

cupée et ne s'apercevait même pas qu'on la voyait.

Nos conclusions ont été :

1° J..., Marie, est une faible d'esprit, érotique, et sujette à des impulsions irrésistibles ;

2° Elle a allumé deux incendies sous l'influence d'un délire des actes ;

3° Elle doit être considérée comme irresponsable des actes commis sous l'influence de ce délire, mais doit être considérée comme dangereuse pour la sécurité publique et séquestrée d'office dans un établissement d'aliénés.

Conformément à ces conclusions, une ordonnance de non-lieu a été rendue. La prévenue a été mise à la disposition de l'autorité administrative et placée d'office à l'asile de Fains. On peut remarquer, dans ce cas, l'intervalle relativement considérable (trois ans) entre les deux incendies. La fille J.... était une héréditaire, et chez elle l'impulsion maladive n'était pas limitée à l'acte de mettre le feu, puisque entre les deux incendies on signalait des actes déraisonnables d'une tout autre nature.

Nous avions été chargé, quelque temps auparavant, d'examiner une autre incendiaire présentant un cas un peu plus complexe.

Deux incendies et deux commencements d'incendie s'étaient déclarés en moins de cinq mois dans le même village ; cette série donnait à penser que la cause devait être la malveillance. En dernier lieu, les soupçons se portèrent sur une fille, Marie C..., qui avait pénétré dans la grange où le feu avait pris naissance, et cela peu de temps avant que l'alarme n'ait été donnée. Marie C.... avait d'abord nié qu'elle fut entrée dans la grange, mais elle dut ensuite le reconnaître. Lors de la descente de justice qui eut lieu, Marie C.... fut mandée devant les magistrats ; elle prétendit qu'elle ne pouvait

©BIUM

marcher. Les magistrats se rendirent à son domicile, mais alors elle s'enfuit très rapidement, et elle alla se jeter dans un endroit profond de la rivière qui traverse le pays.

De prompts secours purent la faire sortir de l'eau sans accident. Interrogée après cet incident, elle ne donna que des réponses évasives, en contradiction même avec l'acte commis par elle quelques instants auparavant, refusant de répondre ou répondant par une négation. Son attitude paraissant suspecte, Marie C.... fut mise en état d'arrestation. Un nouvel incident se produisit quand on la transféra à la maison d'arrêt. Elle avait inspiré confiance aux gendarmes en paraissant ne pouvoir marcher qu'avec la plus grande difficulté. En traversant un bois, elle se précipita hors de la voiture et chercha à s'évader. Malgré les charges qui pesaient sur elle, la prévenue avait eu, si on peut s'exprimer ainsi, un interrogatoire négatif. Quelques jours après, elle écrivit au juge d'instruction : « Il faut bien que je vous avoue, puisque c'est la vérité, que c'est moi qui ai mis le feu à B..., chez M. M.... » Elle avait daté et signé son écrit, mais elle parut avoir ensuite regret de son aveu. Les prévenues, ses compagnes, la plaisantèrent ; elle se jeta alors sur ses compagnes pour les battre et les mordre, et elle fit une scène en déclarant qu'elle ne signerait plus rien, et n'avouerait plus. Effectivement, dans les interrogatoires suivants elle se renferma dans un système de dénégations, et elle refusa de signer en disant que que c'était inutile. En même temps, les détenues et le personnel de la maison d'arrêt se plaignaient vivement de la malpropreté de la prévenue qui, sous prétexte qu'elle ne pouvait pas bouger, laissait échapper sous elle ses excréments ; parfois elle les prenait ensuite avec ses mains et, au dortoir, elle les envoyait à ses voisines. Son attitude inspirant des doutes sur l'intégrité de ses

©BIUM

facultés intellectuelles, elle fut mise en observation à l'asile d'aliénés.

Marie C... était âgée de vingt-six ans ; ni la face, ni le crâne ne présentaient d'asymétrie manifeste. Elle paraissait physiquement bien conformée, toutefois son maintien n'était pas entièrement normal. Lorsqu'elle était debout, elle se tenait un peu renversée en arrière, le ventre proéminent. Comme elle avait en outre un notable embonpoint, les seins volumineux, et la démarche habituellement lourde, on pouvait au premier abord supposer une grossesse, supposition qu'un examen plus approfondi fit reconnaître inexacte.

Sa physionomie n'était pas ouverte et son regard exprimait la défiance. Pendant près de sept semaines, son attitude n'a pas sensiblement varié. Elle avait presque constamment sur les genoux une pièce de linge à ourler, travaillant avec nonchalance, parlant fort peu, paraissant indifférente au milieu des malades de son quartier, ne cherchant ni à s'isoler ni à se créer quelques relations avec une malade plus lucide ou plus sociable que les autres, ne demandant rien et ne cherchant à rendre aucun service. Elle se montrait aussi malpropre à l'asile qu'à la maison d'arrêt; non seulement elle laissait échapper ses excréments sous elle, et de préférence au lit, mais parfois la nuit elle se relevait et allait souiller le lit de ses voisines, ou encore les murailles.

Les interrogatoires avec nous, comme avec le juge d'instruction, ont constamment manqué de netteté. Elle ne parlait pas volontiers, et semblait ne répondre qu'à regret. Il lui est arrivé quelquefois de demander à nous parler en particulier, mais le temps de gagner une pièce voisine avait suffi pour changer ses dispositions, et il était devenu presque impossible d'obtenir d'elle une parole. Néanmoins, en profitant de quelques bonnes dis-

©BIUM

positions de sa part, nous avons pu la faire causer de certaines particularités de sa vie, et nous lui avons fait alors préciser diverses circonstances montrant qu'elle avait conservé nettement la mémoire des faits et des dates ; mais dès qu'on lui parlait des faits qui avaient motivé son arrestation, ou même dès qu'on faisait allusion à un incendie, elle paraissait perdre immédiatement la mémoire, et la voix devenait tellement basse qu'on pouvait à peine entendre les paroles, quand le mutisme n'était pas absolu.

En temps habituel, elle paraissait marcher avec difficulté. Elle semblait se traîner avec peine pour passer d'une salle à une autre, elle montait et descendait avec lenteur l'escalier de son quartier, comme si elle déplaçait un poids considérable. Dans certaines circonstances au contraire, elle déployait une grande force musculaire, ou montrait beaucoup d'agilité. Par exemple, au début de son séjour, comme elle salissait régulièrement son lit, l'ordre fut donné de la faire coucher dans un lit de malpropre ; elle se fâcha et entreprit une véritable lutte contre le personnel de surveillance. Un autre jour, elle devait rester au lit pour la visite, elle fit une scène telle, qu'on dut lui mettre la camisole de force. Un matin, au moment de la visite, elle avait disparu : on avait la certitude presque absolue qu'elle n'avait pu s'évader. En effet, elle était allée se blottir sous un lit, mais elle l'avait fait avec une légèreté et une célérité dont on ne la croyait pas capable. Dans une autre circonstance, après avoir été réprimandée pour sa malpropreté, elle s'est élancée au moment où la surveillante ouvrait une porte, et elle parvint à gagner rapidement le toit pour aller se blottir derrière une cheminée.

Marie C.... nous a paru n'avoir jamais été intelligente, et d'après les dépositions elle avait des allures étranges avant l'incendie à la suite duquel elle a été arrêtée.

©BIUM

D'autre part, elle mentait quand, appelée par les magistrats, elle prétendait ne pas pouvoir marcher ; elle simulait une infirmité lors de son transfèrement à la maison d'arrêt. Sa malpropreté était une autre simulation ; son mutisme et sa prétendue perte de mémoire, dès qu'on faisait allusion à un incendie, peuvent encore être considérés comme une simulation. D'un autre côté, certains de ses actes dont mention est faite dans le dossier, ou dont nous avons été témoin, ont un caractère impulsif qui ne paraît pas raisonné. Jamais elle n'avait manifesté d'idées de suicide, et néanmoins elle a été se jeter dans un endroit dangereux d'une rivière. Lorsqu'elle a cherché à gagner la toiture d'un des bâtiments de l'asile, elle n'a pas cherché à se donner la mort; elle avait été contrariée, et fuyait sans voir que le chemin pris par elle n'avait pas d'issue. Dans les scènes qu'elle a faites, elle a obéi à la première impulsion, puis tout rentrait dans l'ordre, et elle reprenait son attitude passive.

Quelques mois avant les incendies, le village avait été inondé, Marie C.... avait alors ses règles. Elle est entrée dans l'eau, et eut une suppression des menstrues. Elle a été souffrante à la suite, et a conservé un sentiment de pesanteur dans le bas-ventre ; nous avons constaté simplement que l'utérus était en antéversion. Les troubles signalés du côté de l'utérus ont-ils eu une influence plus ou moins grande sur le moral de l'accusée ? c'est ce qu'il nous a paru difficile de préciser. Mais ce qui nous a paru certain, c'est que l'acte incriminé avait un caractère impulsif et irréfléchi. Ce qui frappait tout d'abord, c'était l'absence de tout mobile raisonné. La prévenue n'avait aucun motif de haine ou de vengeance contre ceux chez qui elle allumait l'incendie. Elle avait passé plusieurs heures chez eux avec sa mère et une autre ouvrière, et venait de recevoir à goûter; enfin c'est en plein jour qu'elle a mis le feu dans une grange atte-

©BIUM

nant à une maison habitée, quand le plus simple raisonnement devait lui faire comprendre qu'elle serait fatalement convaincue du fait.

Nos conclusions ont été :

1° Marie C.... est atteinte de folie impulsive ou délire des actes ;

2° Elle simule en outre des infirmités et une perte partielle de la mémoire ;

3° Elle doit être regardée comme irresponsable de ses actes, mais considérée comme une malade dangereuse pour la sécurité publique, et mise à la disposition de l'administration pour être séquestrée dans un établissement d'aliénés.

Ces conclusions ont été adoptées. Dès que Marie C..., maintenue d'office à l'asile de Fains, a été rassurée sur son sort, elle a cessé d'être malpropre et de simuler des infirmités. Elle a cherché par son travail à obtenir quelques faveurs. Elle est restée peu intelligente, menteuse et dissimulée, et se plaisant parfois à exciter les malades les unes contre les autres ou à provoquer des réclamations qu'elle se gardait bien de faire elle-même. Elle a cherché à obtenir sa sortie, et s'est adressée à plusieurs reprises au préfet et au tribunal, qui ont rejeté ses requêtes. Elle était restée la terreur de son pays, d'autant plus que les incendies avaient cessé après son arrestation.

Nous nous sommes étendu longuement sur ce rapport parce que la simulation de la prévenue en fait un cas distinct des précédents. Nous avons eu, une autre fois, avec le Dr Michel, de Bar-le-Duc, à examiner un prévenu dans une affaire où le magistrat instructeur était disposé à rendre une ordonnance de non-lieu, mais désirait s'appuyer sur l'avis des médecins. Un incendie avait détruit deux granges contiguës dans un village où les incendies étaient fréquents sans qu'on pût en trouver

©BIUM

la cause. Dans cette circonstance, la rumeur publique accusa l'un des deux propriétaires, M. Auguste, qui avait la réputation d'être un ivrogne. Celui-ci se défendit mal et fut mis en état d'arrestation. Nous trouvâmes un homme à physionomie hébétée et sans expression ; sa parole était hésitante et un peu embarrassée. Il avait de la paralysie faciale incomplète du côté droit, et lorsqu'il parlait, la commissure était déviée à gauche. Les pupilles étaient légèrement inégales, la droite étant plus dilatée que la gauche. Les mouvements des membres étaient un peu incertains. Il y avait un léger tremblement fibrillaire des mains, mais nous devions constater que l'accusé était gêné dans ses mouvements par des brûlures au cou, aux poignets et aux jambes. Nous avons interrogé l'accusé sur ses antécédents et sur l'incendie à la suite duquel il a été arrêté, et nous avons été frappés de la lenteur de ses réponses. Il paraissait avoir besoin de faire un certain effort pour comprendre ce que nous lui demandions. Il se contentait de répondre à l'accusation qui pesait sur lui par une simple négation; c'était d'ailleurs son unique système de défense. Il ne protestait pas contre son arrestation et son indifférence était extrême. Il ne savait pas évaluer ses pertes d'une manière exacte, et il ne se préoccupait pas de savoir si les diligences nécessaires étaient faites auprès de la compagnie à laquelle il était assuré.

L'état d'hébétement du prévenu ne nous a pas paru simulé. Son attitude ne variait pas suivant qu'on passait d'un sujet de conversation à un autre, ou suivant qu'il se trouvait avec telle ou telle personne. D'autre part, cet hébétement coïncidait avec des phénomènes ataxiques ou paralytiques, phénomènes qui ne sont pas susceptibles d'être simulés (inégalité pupillaire, embarras de la parole, paralysie faciale incomplète). Cet état devait-il être simplement rattaché à l'alcoolisme

©BIUM

chronique ou indiquait-il le début d'une démence paralytique? C'est un point sur lequel nous avons réservé notre diagnotic après l'examen sommaire qui nous était demandé. L'incendie, puis l'arrestation, avaient pu donner une secousse qui avait réagi sur le moral et rendu l'hébétement plus prononcé. La douleur physique occasionnée par les brûlures et la privation d'un excitant habituel, l'alcool, avaient pu jouer également un rôle. Nous n'avons constaté ni hallucinations, ni convictions délirantes, et si nous n'avons pas vu que l'accusé fut sujet à des impulsions irrésistibles, nous avons conclu en disant que nous ne croyions pas que la responsabilité morale fut entièrement supprimée, mais que l'état d'hébétement constaté devait, à nos yeux, motiver une atténuation de responsabilité pénale.

Le juge d'instruction rendit une ordonnance de non-lieu, et le prévenu fut mis en liberté.

Dans trois autres affaires que nous allons examiner, les experts ont considéré les prévenus comme responsables de leurs actes, et des condamnations ont été prononcées.

Le nommé B..., Henri, a été examiné par les Drs Ballay, de Rouen, Cortyl et Delaporte, directeurs-médecins des asiles de la Seine-Inférieure.

L'accusé avait quitté le Havre un soir vers six heures, et il s'était rendu dans la nuit près d'une ferme exploitée par son frère. Le lendemain, vers six heures du matin, il incendiait un hangar séparé de la maison d'habitation. Trois heures après, il se rendait à la gendarmerie et se déclarait coupable.

B.... était âgé de vingt-sept ans, son père et sa mère étaient sains d'esprit, mais il y avait dans sa famille des antécédents héréditaires fâcheux. Une de ses tantes du côté maternel est morte aliénée; un de ses frères est faible d'esprit; une de ses sœurs, présumée atteinte

©BIUM

d'hystérie, est morte de méningite, enfin un oncle du côté paternel a été frappé de ramollissement cérébral. Dans son enfance, B.... n'a été sujet à aucune affection nerveuse, ni aucune autre maladie grave pouvant influer sur le développement de ses facultés mentales. Mis en pension, il se montrait intelligent et étudiait avec succès ; toutefois, il se fit remarquer par son esprit inquiet et son caractère bizarre. A seize ans, il quitta la pension à la suite d'un coup de tête, et rentra chez ses parents. A dix-sept ans, il devint élève en pharmacie. Deux ans après, il fit un nouveau coup de tête et revint chez ses parents. On lui fit contracter un engagement militaire, et pendant cinq ans sa vie se passa sans incident. Il parvint au grade de sergent-major. A sa libération, il avait l'intention de se rengager, mais ayant hérité de son père une somme de 9,000 francs, il se mit à mener joyeuse vie et dissipa son avoir. Quand il fut dépourvu de ressources, il se mit à voler, et s'empara de trois montres chez un horloger. Il fut, pour ce fait, condamné à un an de prison. A l'expiration de sa peine, se retrouvant sans argent, il entra le soir dans le presbytère d'un village, et il demanda de l'argent en formulant des menaces. Le curé appela au secours ; B... fut arrêté et condamné à six mois de prison. Les experts pensent que, dans cette circonstance, B... s'était conduit en extravagant plutôt qu'en véritable criminel. Il n'avait pas d'armes, et n'avait pris aucune précaution pour empêcher qu'on ne vînt au secours du curé. Son exploit lui avait valu, avant son arrestation, une correction administrée par quelques vigoureux paysans.

A sa sortie de prison, il recueillit quelques centaines de francs provenant de la succession de sa sœur, et il vécut en désœuvré. Il fut appelé à faire un service militaire de vingt-huit jours, puis il chercha sans succès de l'occupation au Havre et prit le parti d'émigrer. En

©BIUM

attendant le moment voulu, il resta complétement inoccupé, et c'est alors que se croyant frustré dans un héritage par son frère, il lui vint l'idée d'aller mettre le feu chez ce frère. Il hésita encore néanmoins avant de mettre son idée à exécution; car, arrivé vers minuit à la ferme de son frère, il attendit jusqu'à six heures du matin, et ne voulant commettre que des dégâts matériels, il ne voulut incendier ni la maison d'habitation ni même l'étable.

Le prévenu fut placé en observation à l'asile de Quatre-Mares. B... était un homme de taille moyenne, de constitution robuste, de tempérament nervoso-sanguin. On ne constata aucun trouble de sensibilité : le sommeil était bon; il n'existait ni hallucinations ni illusions. Le crâne était bien conformé, la face symétrique. Il n'y avait aucun signe physique permettant de ranger l'accusé dans la catégorie des dégénérés. Pendant son séjour à l'asile, B... eut une conduite régulière et comprenait sa situation. Il ne chercha jamais à simuler des conceptions délirantes, et l'idée que son frère l'a frustré dans un héritage ne constituait pas un délire de persécution.

Tout en constatant qu'à certaines périodes de sa vie le prévenu s'était montré extravagant, les experts n'ont pas pu reconnaître dans ces diverses circonstances les caractères de la folie morale. Dans le fait incriminé, on ne trouvait pas une impulsion morbide irrésistible. Enfin, quand le prévenu est allé se déclarer coupable à la gendarmerie, il avait été reconnu à une certaine distance du pays, et il devait se sentir fortement soupçonné, sinon découvert.

Les conclusions du rapport ont été :

« 1° Le nommé B... n'est point actuellement aliéné ;

« 2° Nous estimons qu'il ne l'était pas au moment « où il a mis le feu à la ferme de son frère ;

©BIUM

« 3° En raison de l'hérédité fâcheuse qui pèse sur « B... et du caractère bizarre dont il a donné des « preuves, nous estimons que sa responsabilité doit être « atténuée. »

B... comparut aux assises de Rouen. L'avocat soutint que le prévenu était aliéné et irresponsable, le système ne fut pas admis par le jury. Déclaré coupable avec admission de circonstances atténuantes, B... fut condamné à un emprisonnement de plusieurs années.

Le nommé H..., Léon, que nous avons déclaré responsable de ses actes, était un choréique infirme, âgé de trente-six ans, et vivant de la charité publique. D'après les renseignements, H... aurait été pris d'accidents nerveux trois jours après sa naissance, et c'est à la suite de ces accidents qu'il est devenu choréique. Son éducation paraît avoir beaucoup laissé à désirer. Il a peu fréquenté l'école ; il a été employé à faire la contrebande et à introduire en fraude du tabac et divers objets de Belgique en France. En grandissant, il a contracté des habitudes d'ivrognerie. Après la mort de ses parents, il a été admis à l'hospice de... Il y est entré comme indigent atteint de crises nerveuses incurables. Pendant plusieurs années, sa conduite ne donna pas lieu à de graves sujets de plainte, mais à partir de 1885, sa conduite devint tout à fait irrégulière. Il sortait de l'hospice clandestinement, se livrait à la mendicité, se grisait, et restait parfois plusieurs jours sans rentrer. Ces sorties devinrent tellement fréquentes que la commission de l'hospice prononça son exclusion. Il fut de nouveau admis à l'hospice sur les instances du maire de son pays, mais il continua à se griser quand il pouvait sortir et, à la suite d'un acte d'indélicatesse, il fut définitivement renvoyé le 12 septembre 1886. Il vécut alors de la charité publique, puis fut recueilli par un propriétaire aisé. Le 12 janvier 1887, il fut congédié à la suite d'i-

©BIUM

vresse, il quitta la maison le 13. Le 14, dans la soirée, il mettait le feu à la grange du propriétaire qui avait cessé de le recueillir. H... avait rôdé dans le pays toute la journée et avait proféré des menaces. Aussi les soupçons s'étaient portés sur lui et les gendarmes s'étaient mis à sa recherche : or, détail assez piquant, pendant que les gendarmes couraient de tous côtés pour le trouver, il attendait patiemment leur retour à la gendarmerie pour se faire arrêter. Il a déclaré alors qu'il avait mis le feu pour avoir un asile, parce qu'il avait froid, et parce qu'il ne trouvait pas à coucher. Plus tard, il a indiqué un sentiment de vengeance. Il aurait voulu être payé par le propriétaire qui cessait de le recueillir, et il a voulu se venger.

Le prévenu était atteint de chorée chronique, et on ne constatait pas de simulation de sa part. Il s'exprimait avec difficulté et il ne pouvait pas faire un mouvement avec précision. Il n'exagérait pas volontairement son tremblement lorsqu'on l'interrogeait, ou lorsqu'il se voyait observé. Ses propos n'étaient pas incohérents, et il ne cherchait pas à se faire passer pour aliéné.

H... était un ivrogne infirme, atteint d'une maladie nerveuse, chronique et incurable, mais non compliquée de délire. Son intelligence était peu développée et il avait manqué d'éducation première; mais malgré son ivrognerie, il n'a jamais été atteint de folie alcoolique; jamais il n'a accusé d'hallucinations ; quand il était sorti de son état d'ivresse, il redevenait tel qu'il était auparavant. L'irrégularité de sa conduite en faisait un infirme fort incommode à l'hospice, sans que ses écarts de conduite, pas plus qu'un acte d'indélicatesse, pussent être considérés comme ayant un caractère pathologique spécial. L'acte incriminé n'avait été commis ni sous l'influence d'une impulsion irrésistible, ni sous l'influence d'un délire systématisé. Le prévenu, par son infir-

©BIUM

mité, était une non-valeur pour la société, et devait inspirer la pitié. On ne pouvait pas le classer parmi les aliénés.

Nos conclusions ont été :

1° Léon H... n'est pas aliéné ;

2° Il est responsable de ses actes ;

3° Le peu de développement de son intelligence doit être invoqué comme circonstance atténuante.

Ces conclusions sont admises par le jury. H..., déclaré coupable avec admission de circonstances atténuantes, a été condamné à plusieurs années d'emprisonnement.

Le nommé M..., Aimé, a été examiné à Dôle par les Drs Bécoulet, Rouby et Garnier. Cet incendiaire était âgé de vingt-cinq ans. Les experts font ainsi son portrait : « M... est un homme de taille au-dessus de la « moyenne. Sa démarche paraît modeste, son air sou- « cieux et l'expression de sa figure est légèrement dé- « fiante. Ses cheveux sont ras, couleur châtain foncé, « les sourcils de même couleur, le front découvert, les « yeux bleus. Ses pupilles sont égales : il a un bec-de- « lièvre opéré avec succès. Le nez paraît déjeté légère- « ment à droite de la ligne médiane, et à deux ou trois « centimètres de son aile se remarque, sur la joue gauche, « une cicatrice provenant, dit-il, d'un coup de pied « reçu dans une rixe avec un Italien. Les dents sont « implantées normalement, la voûte du palais est ma- « nifestement ogivale, les oreilles sont adhérentes par « leur lobule. Le corps et les membres sont forts ; il n'y « a pas de hernie, les organes génitaux sont normale- « ment développés, on ne découvre sur eux aucune « trace de maladie vénérienne. »

Une série d'incendies avait jeté la terreur dans le pays de l'accusé. On avait remarqué qu'il était presque toujours un des premiers dans les incendies, mais les preuves manquaient, lorsqu'au dernier incendie sa dépo-

©BIUM

sition fut reconnue mensongère et il avoua avoir mis le feu. Son système de défense fut alors qu'il avait agi sous l'influence de l'ivresse, puis, qu'il avait suivi une impulsion irrésistible. Son système peut se résumer dans une de ses réponses à l'un de ses interrogatoires : « Je « l'ai fait pour point de raisons, ce sont des idées qui « me prennent comme cela, et quand je suis ivre, je « ne puis résister ; j'étais ivre quand j'ai mis le feu dans « ces deux maisons. »

Le prévenu, dans ses déclarations aux experts, accusait des excès alcooliques anciens et nombreux. L'insistance qu'il mit à parler de son intempérance donna lieu de penser qu'il exagérait. En effet, s'il avait une légère trémulation de la langue, on ne constatait aucun autre tremblement musculaire. Il n'accusait pas d'hallucinations, ni aucun autre signe d'alcoolisme. L'examen à ce point de vue était négatif. L'acte incriminé avait-il un caractère impulsif? Les experts ne l'ont pas pensé. Les impulsions chez les aliénés ont généralement des prodromes, et les malades ne retrouvent la tranquillité qu'une fois l'acte accompli. M... parlait *des idées qui le prenaient*. Mais quand on lui a demandé quelle était alors sa disposition d'esprit, il a répondu : « Je ne sais pas. Tranquille. » Il n'éprouvait aucun soulagement quand il a mis le feu. On n'observait donc pas, chez l'accusé, ce que l'on constate d'habitude chez les aliénés impulsifs. Il présentait, il est vrai, trois signes de dégénérescence physique : la forme ogivale de la voûte palatine, un bec-de-lièvre, et l'adhérence du lobule des oreilles ; mais ces signes physiques suffisaient-ils pour faire admettre l'irresponsabilité? Les experts ne l'ont pas pensé et concluent en ces termes :

« M... n'est pas alcoolique. Il n'a ni délire ni hallu-« cinations, son état mental ne se rattache à aucune des « formes de l'aliénation mentale.

©BIUM

« Nous concluons donc, en notre âme et conscience, « que M..., Aimé, jouit de la plénitude de ses facultés « intellectuelles et qu'il doit être considéré comme res- « ponsable de ses actes. »

Malgré ces conclusions formelles, l'affaire fut renvoyée par la Cour d'assises à une autre session pour supplément d'enquête, mais on ne put apporter aucun fait nouveau de nature à faire varier les conclusions des experts. M... fut condamné, après admission de circonstances atténuantes, à dix ans de travaux forcés et dix ans de surveillance.

Nous terminerons cette revue par une rapide analyse d'un rapport publié par le professeur A. Pick (1). Il s'agit d'un jeune homme âgé de dix-huit ans, qui avait à un jour d'intervalle allumé deux incendies. Le 19 avril 188..., le nommé L... avait, vers huit heures et demie du soir, placé dans la gouttière d'un séchoir, une soucoupe contenant du pétrole, des allumettes et du menu bois et y avait mis le feu. Le lendemain, vers dix heures du soir, il avait incendié un hangar.

Soupçonné d'être l'incendiaire, il avoua dans son premier interrogatoire qu'il avait mis le feu, donna des détails sur l'incendie et indiqua comme motif qu'il avait eu la pensée malheureuse de mettre le feu. Plus tard, il prétendit qu'il ne se rappelait plus rien.

Le père de l'accusé était toujours malade, très triste et découragé. Son grand-père paternel avait des troubles intellectuels et son grand-père maternel, arrivé à un âge avancé, était devenu faible d'esprit. L'accusé, d'après les dépositions, avait toujours été peu intelligent, et ne faisait rien de bon à l'école. Il avait eu antérieurement une pneumonie et une fièvre typhoïde. Il avait fait une chute grave sur la tête, et depuis lors, était

(1) Prager. *Medic. Wochenschrift.*

©BIUM

sujet à des céphalées fréquentes. Dans la discussion des faits, le Dr Pick constate le caractère impulsif des actes, signale l'analogie avec l'état épileptique, et indique que l'accusé est à l'époque de la puberté, période où s'observe cette disposition aux actes impulsifs, et spécialement l'impulsion à l'incendie, sans qu'on puisse trouver de motif à l'acte.

Ses conclusions sont que L... est un héréditaire, faible d'esprit, en état épileptique, et que l'acte a été commis sous l'influence d'une impulsion maladive.

Nous avons cru intéressant de rapprocher cette observation, venue de l'étranger, de nos autres faits recueillis en France.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 24 JUIN 1889.

Présidence de M. FALRET.

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

M. DUGUET, médecin en chef de l'asile de Montréal, assiste à la séance.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de remerciements de M. le Dr Arnaud, nommé membre correspondant à la dernière séance ;

2° Une lettre de MM. les Drs Desguin (d'Anvers) et Morel (de Gand), demandant, au nom de la Société de médecine mentale de Belgique, que la question « des bases d'une bonne statistique internationale des maladies mentales », soit introduite au prochain Congrès international (Renvoyé au Comité d'organisation du Congrès) ;

3° Une lettre de M. Bianchi, directeur de la clinique psychiatrique de Palerme, exprimant à la Société ses regrets de ne pouvoir assister au Congrès ;

4° Une lettre de M. le Dr Sollier, lauréat du dernier concours pour le prix Aubanel, relativement à la signification du mot « prix ». Cette question ayant été jugée par la dernière commission du prix Aubanel, la Société s'en réfère à la conclusion du rapport de cette commission, qui a été adopté dans la séance de janvier 1889 (V. *Annales médico-psychologiques*, numéro de mars 1889, p. 284).

©BIUM

La correspondance imprimée comprend :

1° *Des prisons asiles pour criminels aliénés et instinctifs*, par le Dr Semal (de Mons) ;

2° Articles *Idiotie*, *Imbécillité*, *Impétigo*, *Psoriasis* du Dictionnaire de Dechambre, par le Dr Chambard ;

3° Le numéro de juin de la *Revue d'hypnotisme* ;

4° Les derniers numéros des *Annales médico-chirurgicales*.

M. Christian. — Messieurs, j'ai l'honneur de déposer sur le bureau la thèse que vient de soutenir devant la Faculté de Paris l'un de nos internes de Charenton, M. le Dr Thivet. Vous vous rappelez que M. Thivet a été cette année le lauréat du prix Esquirol. Vous avez examiné son mémoire, qui, remanié et étendu, lui a fourni les matériaux de sa thèse (*Contribution à l'étude de la folie chez les vieillards*). Cela seul doit suffire à vous faire apprécier la valeur de ce travail. Je pourrais d'ailleurs invoquer à ce sujet le témoignage de M. le professeur Ball, qui a présidé la soutenance, et qui vous dirait l'accueil favorable que la Faculté a fait à la thèse de notre jeune confrère.

Rapport de candidature.

M. J. Séglas. — Messieurs, dans la dernière séance vous avez nommé une Commission composée de MM. Falret, Ball et Séglas, à l'effet de vous présenter un rapport sur la candidature du docteur E. Coutinho, de Pernambuco (Brésil), qui sollicite le titre de membre associé étranger de la Société médico-psychologique. A l'appui de sa candidature, M. Coutinho nous a remis un mémoire sur quelques accidents cérébraux de la syphilis. Je détacherai de ce travail une observation particulièrement intéressante.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-huit ans qui contracta, au mois de mars 1885, un chancre syphilitique au prépuce ; ce chancre fut suivi d'accidents divers qui, malgré un traitement rigoureux, se sont succédé d'une façon extraordinairement rapide : roséole, exostose du tibia droit, plaques muqueuses de la gorge et de l'anus, iritis syphilitique, accidents viscéraux, gommes, etc. A la fin de janvier 1886, le malade commença à se plaindre

©BIUM

d'une faiblesse dans les jambes qui lui rendait la marche pénible : huit jours après, il était complètement paraplégique. Deux jours plus tard, il présentait de la déviation de la bouche à droite et de la chute de la paupière supérieure du même côté ; les accidents disparurent en quelques mois sous l'influence du traitement, mais ils laissèrent la place à des troubles psychiques graves. Le malade était devenu morose, irascible et taciturne ; il travaillait d'une façon irrégulière, délaissant ses occupations habituelles pour des travaux grossiers. Sa mise, autrefois propre, devint sale et dégoûtante. A cette époque, il se rendit coupable, au préjudice des employés de la maison de commerce où il travaillait, d'un vol accompli dans les circonstances habituelles qui caractérisent les vols des individus atteints de paralysie générale. Cette maladie d'ailleurs ne tarda pas à s'affirmer par d'autres symptômes, tels que de l'hébétude, de l'affaiblissement des facultés, surtout de la mémoire, du tremblement des mains, de l'embarras de la parole.

Parmi les autres travaux de M. Coutinho, je signalerai encore un mémoire sur l'hygiène de l'enfance.

Très au courant des doctrines françaises, ayant étudié pendant plusieurs années la neurologie dans le service de M. Charcot et la psychiatrie dans le service de M. Ball et dans ceux de la Salpêtrière, M. Coutinho est aujourd'hui médecin de l'asile de la Tamarineira, à Pernambuco. Chargé de la réorganisation de cet asile, il a entrepris dans ce but, et pour accomplir sa mission dans les meilleures conditions possibles, un voyage d'études dans les différents pays de l'Europe, en France, en Italie, en Angleterre, en Belgique.

Messieurs, je n'abuserai pas de vos instants et je conclurai ce rapport en vous demandant, au nom de votre Commission, de décerner à M. E. Coutinho le titre de membre associé étranger qu'il sollicite aujourd'hui de la Société médico-psychologique.

Les conclusions du rapport précédent sont adoptées et M. Coutinho est, à la majorité des membres présents, nommé membre associé étranger.

©BIUM

Note sur un cas de cocaïnisme aigu.

M. HENRY donne lecture d'une observation de cocaïnisme aigu, qui sera publiée ultérieurement.

M. J. SÉGLAS. — A propos de l'intéressante communication de M. Henry, je saisirai l'occasion de faire remarquer qu'il est important d'établir une division dans les troubles moteurs développés sous l'action de la cocaïne. Les uns font partie de la symptomatologie de l'intoxication cocaïnique elle-même ; ils revêtent l'aspect épileptiforme : ce sont des faits bien connus, et M. Magnan nous en a cité des exemples dans une dernière séance. — Les autres sont des attaques hystériques survenant chez des hystériques qui font usage de la cocaïne. C'est le cas de la malade de M. Henry qui a lui-même signalé ce fait. On n'a plus affaire alors à du cocaïnisme, mais à une espèce d'hystérie toxique, la cocaïne jouant là le seul rôle de cause occasionnelle, absolument comme dans les cas où l'on voit se développer des attaques chez des hystériques soumises à l'intoxication chloroformique. La même distinction s'applique aux troubles délirants.

M. SAURY. — La communication de M. Henry et l'intervention de M. Séglas m'engagent à revenir sur un sujet que j'ai déjà eu l'honneur de développer devant vous. Je le ferai d'ailleurs brièvement, n'ayant pour but que de compléter ma réponse à certaines critiques formulées par MM. Séglas et Pichon, dans la séance du 25 février dernier, à propos de mon exposé sur le *délire cocaïnique*. (*Ann. méd.-psych.*, mai 1889, p. 439-455.)

Nos deux collègues avaient soulevé, bien à tort, la question de priorité. Je dis *bien à tort*, puisque ma note commençait ainsi : « Parmi les troubles fonctionnels si variés que la clinique et l'expérimentation permettent de rapporter à l'action de la cocaïne, ceux qui touchent la sphère psychique ne paraissent ni les moins remarquables ni les moins profonds. Il est facile de s'en convaincre, en étudiant de près les relations, déjà nombreuses quoique récentes, ayant trait à l'intoxication cocaïnique. La plupart signalent, au milieu d'autres symptômes caractéristiques, la présence de phénomènes

©BIUM

délirants et d'hallucinations. » Par conséquent, je ne prétendais point enlever à d'autres auteurs le mérite d'avoir observé, avant moi, les accidents cérébraux du cocaïnisme. Mais ce que je conteste, c'est « que la description du délire cocaïnique, donnée il y a quelques années par Erlenmeyer, soit sensiblement identique » à celle que je vous ai présentée. Je laisse au lecteur désireux de s'en convaincre, le soin de reprendre les conclusions de mon rapport (*Annales médico-psychologiques*, mai 1889, p. 439-447) et d'établir la comparaison.

Le mémoire cité par M. Pichon a pour titre : *Considérations sur la morphinomanie et son traitement.* Il a paru dans l'*Encéphale*, année 1886, t. VI, p. 677-708. Sur les trente-deux pages que comprend cet article, dix lignes à peine sont consacrées aux troubles délirants déterminés par la cocaïne. Je les reproduis textuellement : « Les effets de la cocaïne, dit Erlenmeyer, p. 706, sont désastreux sur les facultés mentales. Un de ces effets les plus tristes, c'est cette sorte d'aliénation mentale qui revêt la forme de délire hallucinatoire (monomanie de la persécution). Ce trouble mental n'est pas toujours assez dangereux pour nécessiter le placement à l'asile d'aliénés. Mais chez la plupart des cocaïnomanes, il se produit des hallucinations de la vue et de l'ouïe, il se développe des troubles mentaux passagers, un affaiblissement des facultés morales, une diminution de la mémoire et une espèce de monomanie de la persécution. » Suivent quelques autres réflexions relatives « à la surabondance extraordinaire dans la conversation et la correspondance » que montreraient les cocaïnistes.

Vous penserez avec moi, messieurs, qu'il faut pousser très loin l'esprit d'analogie, pour opérer, entre ces simples remarques d'Erlenmeyer et ma description, un rapprochement que M. Pichon n'hésite pas à qualifier de frappant et de légitime.

Je m'empresse d'ajouter que le travail signalé par M. Séglas contient des faits plus précis et moins sommaires. Dans cet ouvrage important (*Die Morphiumsucht und ihre Behandlung*, un vol., 463 pages, Berlin 1887), Erlenmeyer étudie assez longuement les effets du cocaïnisme (p. 154-189) et attire l'attention, d'une façon particulière, sur les désordres intellectuels, les-

©BIUM

quels se présenteraient sous forme de folie de la persécution avec périodes d'agitation maniaque, actes impulsifs, hallucinations visuelles et auditives, sensations anormales de la peau, etc. Ces sensations, dit-il dans un autre passage (p. 85), sont caractéristiques.

Evidemment, il revient au tableau tracé par Erlenmeyer le mérite indiscutable d'être le premier en date et de fournir d'utiles indications. Il offre néanmoins des lacunes, même dans la partie qui traite des symptômes physiques, cependant la mieux détaillée : c'est ainsi que les attaques convulsives n'y sont pas mentionnées. D'autre part, on ne trouve aucun renseignement sur l'ordre d'évolution des troubles sensoriels et des idées délirantes. En me plaçant au point de vue spécial que j'envisageais dans mon étude, il m'était donc permis d'avancer qu'il n'existait pas de description (j'entends de description exacte et complète) du délire cocaïnique.

Du reste, s'il est vrai qu'un certain nombre d'auteurs étrangers « ont parlé *plus ou moins rapidement* du délire hallucinatoire des cocaïniques », je ne saurais accepter l'assertion de M. Pichon, concernant les auteurs français. Les faits de cocaïnisme étaient si peu connus, chez nous, que notre collègue m'argumentait en ces termes : « Ma conviction est que les hallucinations sont très rares, aussi bien dans le morphinisme que dans le *cocaïnisme*, et que, quand on les y trouve, elles sont dues le plus souvent à un élément coexistant, l'alcoolisme dans la grande majorité des cas. Et je demanderai à ce propos à M. Saury si, dans ses trois observations, il a cherché la présence de ce nouveau facteur ». J'avais répondu que l'alcoolisme ne pouvait être mis en cause. Il ajoutait alors : « J'ai fait cette demande parce que, je le répète, je ne crois pas que la cocaïne puisse, à elle seule, provoquer des troubles psycho-sensoriels. »

Plus loin, se fondant sur ce que mes malades étaient des *morphino-cocaïniques*, M. Pichon disait : « Les phénomènes hallucinatoires et psychiques observés doivent plutôt être mis sur le compte d'une affection nouvelle, hybride et absolument spéciale, que sur le compte du cocaïnisme seul. » Notre collègue commettait une double erreur : d'abord en niant la spécificité

©BIUM

du délire cocaïnique, et ensuite en invoquant contre elle l'opinion d'Erlenmeyer, car le médecin allemand s'est, au contraire, attaché à démontrer (*loc. cit.* p. 187) que « la folie hallucinatoire, qui se montre chez les morphinomanes, après l'emploi de la cocaïne, est provoquée uniquement par la cocaïne, et non point par la combinaison de la cocaïne et de la morphine ».

La conclusion de ce débat, c'est qu'il existe bien certainement un délire d'origine cocaïnique. Peut-être même, après ces explications, mes honorables contradicteurs voudront-ils reconnaître que j'ai (pour une part si modeste qu'elle soit) contribué à sa description.

Quant à l'intéressante observation de M. Henry, je souscris entièrement aux réflexions si judicieuses dont elle a été l'objet de la part de l'auteur. Je n'ai qu'un mot à dire, touchant les symptômes de l'abstinence cocaïnique. Comme ils sont toujours très peu accusés, presque nuls, surtout si on les compare à ceux de l'abstinence morphinique, il n'est pas étonnant que la malade n'en ait point ressenti les effets.

M. Séglas, en réponse à M. Saury, se contente de renvoyer à sa précédente communication sur le sujet. (*Ann. méd.-psych.*, 1889, n° 3, p. 448.)

Classification des maladies mentales. (Suite et fin.)

L'ordre du jour appelant le vote sur les conclusions du rapport de M. Paul Garnier, concernant la classification des maladies mentales, il est procédé au scrutin :

Par 15 voix contre 11 (et deux bulletins blancs), la Société se prononce contre les conclusions de sa commission.

La classification de M. Magnan n'étant pas adoptée, M. le Président propose de mettre aux voix la nomenclature communiquée par M. Ball, dans la précédente séance.

M. Paul Garnier fait remarquer que le vote précédent semble indiquer qu'il n'existe pas, entre les membres de la Société médico-psychologique, une entente assez complète pour l'adoption d'une classification quelconque. En cet état de division qui partage ses collègues en deux camps à peu près égaux, il pense qu'il serait préférable de s'abstenir de procéder à des scrutins suc-

©BIUM

cessifs qui, très vraisemblablement, n'aboutiront pas à la formation d'une véritable majorité. Il propose, en conséquence, un ordre du jour motivé pour la clôture de la discussion.

M. FALRET ne pense pas, au contraire, qu'on puisse faire autrement que de voter sur les conclusions du rapport de M. Ball.

M. PAUL GARNIER s'étonne qu'on songe à voter sur lesdites conclusions sans les soumettre à un examen plus approfondi. Le rapport de M. Ball, n'ayant pas été encore imprimé, ne peut ni être étudié ni être discuté. La simple lecture qui en a été faite ne saurait suffire. Il serait indispensable d'avoir le texte de ce rapport, avant de se prononcer sur ses conclusions.

M. FALRET donne lecture de la classification proposée par M. Ball.

M. PAUL GARNIER. — On nous dit que la classification soumise à nos suffrages émane de M. Baillarger. Or, j'ai en ce moment même sous les yeux la nomenclature que M. Baillarger a fait insérer dans le dernier numéro des *Annales médico-psychologiques*, et je constate avec surprise qu'elle n'a que des rapports assez éloignés avec celle qu'on vous propose actuellement sous le nom de ce maître éminent. Je me permets de solliciter quelques explications qui me paraissent nécessaires.

M. BALL répond que ce n'est plus précisément, en effet, la classification de M. Baillarger qu'il présente, mais un classement un peu différent dont il a décidé la combinaison avec le concours de quelques-uns des membres de la Société.

M. PAUL GARNIER. — Cette remarque suffirait à montrer combien nous sommes peu fixés sur ce qu'il s'agit d'adopter ou de repousser. En pareil cas, l'ajournement paraît devoir s'imposer. Je tiens en outre à faire part à M. le Président d'un doute qu'il pourra dissiper. Lorsqu'il nous a lu la classification présentée par M. Ball, je n'ai pas entendu nommer la *folie héréditaire* parmi les types morbides qui y figurent. Je me demande si c'est là le fait d'un oubli; j'hésite à croire, en effet, qu'on se soit, de parti pris, refusé à l'introduire dans la classification en question. Ce serait rayer du

©BIUM

même coup l'œuvre de Morel et les conquêtes cliniques de ces vingt dernières années.

M. MAGNAN appuie l'observation de M. Paul Garnier. En effet, nier la folie des héréditaires, c'est nier l'évidence même.

M. FALRET répond que la folie héréditaire n'est pas mentionnée dans la classification de M. Ball. Il ajoute que cette variété clinique peut difficilement prendre place dans une nomenclature qu'on doit faire pratique avant tout, en réservant la question scientifique.

La Société décide à la majorité de deux voix que le vote aura lieu séance tenante.

Par 14 voix contre 13, la classification de M. Ball est rejetée. On vote ensuite sur l'ordre du jour primitivement proposé par M. Paul Garnier et ainsi conçu :

« La Société médico-psychologique, considérant que dans l'état actuel de la science, toute tentative de classification des maladies mentales ne saurait s'appuyer que sur des données ou trop incomplètes ou trop contestées encore pour rallier la grande majorité des suffrages, décide qu'il y a lieu de clore la discussion ouverte à la demande de la Société de médecine mentale de Belgique et passe à l'ordre du jour. »

Cet ordre du jour est adopté par 15 voix contre 8, et plusieurs abstentions.

Note pour contribuer à l'étude de l'état mental des paralytiques généraux.

M. DUPAIN. — Messieurs, notre confrère le docteur DÉRICQ, médecin adjoint de l'asile de Prémontré et membre correspondant de la Société médico-psychologique, devait vous faire aujourd'hui une communication relative au caractère plus ou moins bienveillant de certains paralytiques généraux. Retenu par son service, le docteur Déricq s'excuse de ne pouvoir assister à la séance, et me prie de vous lire sa communication. Cette contribution à l'étude de l'état mental des paralytiques généraux est en harmonie avec les remarques faites pendant la séance du 24 décembre dernier à propos de l'observation d'un paralytique général parricide, présentée par notre éminent collègue, le Dr Camuset, remarques auxquelles ont pris part MM. Marandon

©BIUM

de Montyel, Garnier, Legrain, Briand et surtout M. Vallon, qui tenait à s'inscrire contre cette tendance qu'on a à se représenter le paralytique général comme étant toujours un malade doux, docile et bienveillant. M. Vallon citait à l'appui de son opinion un aliéné de son service qui, chaque matin, au moment de la visite, s'agitait et cherchait à le frapper.

Voici la note du Dr Déricq :

« Par une communication des plus intéressantes, votre distingué collègue, M. le Dr Camuset, vient de ramener l'attention sur une particularité de l'état mental des paralytiques généraux, *la bienveillance*, qui leur est habituellement attribuée et dont il a signalé l'absence chez le malade soumis à son observation.

Non seulement, pour notre part, nous sommes convaincu, depuis un certain temps déjà, que cette qualité pathologique est trop libéralement accordée à ces malades, mais encore nous croyons qu'il est possible et utile de faire la preuve de l'exagération dans laquelle on est tombé. C'est ce que nous allons tenter brièvement et avec toute la modestie qui nous convient.

Tout d'abord, il ne s'agit peut-être que de s'entendre sur les termes, car, comme dans toute discussion, il peut n'y avoir ici qu'une querelle de mots.

Si, par bienveillance, on veut dire que les paralytiques sont, parmi les malades confiés à nos soins, ceux dont le maniement est d'ordinaire le moins difficile, l'accord est fait.

Mais il ne paraît pas qu'il en soit ainsi, et, pour mieux dire, il est certain que la qualification de bienveillance est appliquée avec son sens vrai, strict et non avec le sens détourné auquel nous venons de faire allusion.

Il suffit, pour s'en convaincre, de recourir à nos traités classiques et d'y lire que les paralytiques sont généreux, philanthropes, etc. L'emploi de ces qualificatifs précise et souligne la valeur du mot ; il n'y a plus de doute, et bienveillance doit se traduire par altruisme, pour employer une expression qui vaut une longue phrase.

Et cependant, n'est-ce pas précisément par une modification fâcheuse (diminution ou perversion) des sentiments altruistes que débute le plus souvent la

©BIUM

redoutable maladie? Dans ce cerveau où tout s'effrite chaque jour, n'est-ce pas l'égoïsme qui reste seul debout, intact, exubérant de vanité, d'ostentation et d'orgueil?

Il ne faut pas s'en laisser imposer. Ce qui frappe les regards, ce qui fait tapage, tout cet étalage de générosité et de magnificence, tout cela, qu'on nous permette le mot, ce n'est que de la parade, *sunt verba et voces*.

Qu'on pénètre plus avant et l'on n'a plus sous les yeux que le lamentable spectacle d'un malade dur, violent, exigeant, uniquement préoccupé de sa personne, insoucieux des conditions d'existence de son entourage. — Les confidences des parents, des amis, des époux, sont formelles sur ces modifications du caractère des paralytiques. Du reste, pour le dire en passant, si les malades étaient bienveillants, comme on l'assure, il est permis de penser que beaucoup de familles aisées retarderaient, autant qu'il serait en elles, le moment de l'internement des malades, tandis qu'elles sont, dans la réalité des faits, obligées d'en venir promptement à cette mesure douloureuse.

Et, pour ajouter encore quelques traits à cette esquisse, est-ce à des sentiments bienveillants que nous faisons appel lorsque nous voulons diriger ces malades ou avoir raison de leurs emportements? Nullement; nous vantons leurs forces, leurs richesses, etc., et c'est en flattant leur vanité que nous les faisons obéir ou que nous les maîtrisons. C'est ainsi qu'ils entassent les milliards sur les millions, les titres sur les qualités, les chimères sur les impossibilités, mais toujours par vanité, par ostentation, par orgueil, par un besoin obscur et peu conscient d'être les premiers et d'avoir en tout le dernier mot. Enfin, est-il commun de voir des paralytiques partager leurs aliments avec d'autres malades? Est-il dans leurs habitudes de donner les friandises dont ils sont si avides? Ils se laissent assez souvent voler (voire par d'autres paralytiques), ils ne les offrent presque jamais.

Sans doute, nous l'avons reconnu, les apparences sont maintes fois en faveur du paralytique; mais si on peut longuement observer le malade, si on a la bonne fortune d'assister à ses confidences ou de les provoquer, on est

©BIUM

alors édifié sur les mobiles qui le font agir et sur la sécheresse de son cœur.

C'est de cette manière que, peu à peu, s'est formée en nous l'opinion que nous soutenons. Un de nos malades, par exemple, paralytique satisfait, vantait sans cesse les vertus de sa femme qui s'était épuisée au travail pour le conserver avec elle (afin qu'on ne puisse pas dire que ses enfants avaient un père fou).

Le fait était vrai, et un jour, à la visite du matin, nous prîmes beaucoup de ménagements pour annoncer au malade le décès de cette malheureuse. L'émotion fut courte, et, quand nous repassâmes après avoir fait le tour de la salle, le malade nous arrêta en disant : « Alors, monsieur, maintenant je puis me remarier avec une femme riche. » Nous ne réussîmes jamais à obtenir un bon mot de regret, malgré des tentatives réitérées.

Un autre paralytique, aussi doux que possible, pluma un jour un pigeon vivant, élevé par un autre malade, puis un moineau tombé dans la cour, pour se faire un oreiller afin d'être bien couché.

Un troisième avait dissipé en dons une assez belle fortune et quelques-unes des sommes distribuées avaient réellement soulagé des misères.

Eh bien! ce malade n'avait nullement agi par philanthropie, il n'avait nullement voulu faire le bien, il avait, simplement, montré « qu'il était plus riche que Dieu et grand-duc de France ».

Nous pourrions multiplier ces exemples, mais ce serait allonger cette note outre mesure, d'autant plus qu'il nous reste encore à ajouter une ombre à ce tableau. Nous voulons parler de la méchanceté de quelques paralytiques.

Il ne s'agit pas de violences ou d'emportements, mais d'une malveillance froide, intentionnelle, capable même de se dissimuler pour se satisfaire et se traduisant par des menaces, des voies de fait, des accusations mensongères, de l'excitation au désordre, mais tout cela frappé au coin de la démence.

Des trois observations que nous possédons, deux concernent des paralytiques à double forme (1); la troisième,

(1) Nous observons ces deux malades respectivement depuis

©BIUM

la plus complète et la plus probante, est celle d'un paralytique mélancolique hypocondriaque.

Nous nous bornons à signaler ces faits, nous réservant de les produire plus tard avec les détails qu'ils comportent, et nous conclurons que chez la plupart des paralytiques les sentiments égoïstes dominent. Tantôt c'est l'égoïsme sec, nu, tantôt l'amour de soi se revêt des clinquants de la vanité et de l'orgueil. Ajoutons que quelques paralytiques sont malveillants et qu'une minorité seule mérite l'épithète de bienveillante. »

Telle est, messieurs, la communication du Dr Dericq intéressante à plusieurs titres. C'est, pour ainsi dire, un avant-propos, une introduction aux observations de paralytiques généraux qu'il se propose de communiquer à votre compagnie dans une séance ultérieure.

M. Marandon de Montyel ne nie pas la méchanceté chez les paralytiques généraux ; il a voulu dire simplement qu'il s'agissait plutôt d'accès d'irritabilité ou d'emportement que d'une méchanceté vraiment intentionnelle et calculée.

La séance est levée à 6 heures.

Paul Garnier.

---

vingt-huit et dix-neuf mois. Le diagnostic différentiel tenté d'assez bonne heure est aujourd'hui confirmé : ces malades sont des paralytiques avérés.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ITALIENS

Année 1885.

A. La Psichiatria (2e *année*). — **1** *Bianchi*, *Montefusco* et *Bifulco*. Contribution à la doctrine de la température céphalique (fasc. III, IV). — **2** *Cantarano*. La rumination dans l'espèce humaine (fasc. III, IV).

B. Il. Pisani (*année VI*). — **3** *Salemi-Pace*. Classification des frénopathies (fasc. I, II).

C. Rivista sperimentale di freniatria e di medicina legale (*année XI*). — **4** *Buccola*. Réaction électrique de l'acoustique chez les aliénés (expérimentation, fasc. I). — **5** *Golgi*. Fine anatomie des organes centraux du système nerveux (fasc. I, II, III). — **6** *Musso* et *Bergesio*. Influence de quelques applications hydrothérapiques sur la circulation cérébrale de l'homme (expérimentation, fasc. I). — **7** *Venturi*. Mécanisme de la locomotion du cerveau dans ses rapports avec les mouvements de la tête (fasc. I). — **8** *Roscioli*. Contribution à la morphologie cellulaire des circonvolutions frontales (fasc. I). — **9** *Cionini*. De la structure de la glande pinéale (fasc. I). — **10** *Pozzan*. Empoisonnement suraigu par le chlorate de potasse (expérimentation, fasc. I). — **11** *Pincherli*. Ecchymoses *post mortem* (fasc. I). — **12** *Morselli*. Dynamographie et ses applications au diagnostic des désordres de la motilité dans les maladies nerveuses (fasc. II, III). — **13** *Pellacani*. Putréfaction (fasc. II, III). — **14** *Algeri* et *Marchi*. Contribution à l'étude des lésions de la protubérance (fasc. II, III). — **15** *Tanzi* et *Riva*. La Paranoia, contribution à l'étude des dégénérescences psychiques (fasc. II, III). — **16** *Bonfigli*. Uxoricide (fasc. II, III). — **17** *Pellacani*. Singulière évolution d'un empoisonnement par la morphine (fasc. II, III). — **18** *Tamburini*. Etude médico-légale sur la dipsomanie et l'alcoolisme (fasc. II, III). — **19** *Tamassia*. La dénonciation des traumatismes délictueux selon les lois italiennes et françaises. — **20** *Tamassia*. De la possibilité de masquer le phosphore dans un but d'empoisonnement criminel (fasc. II, III).

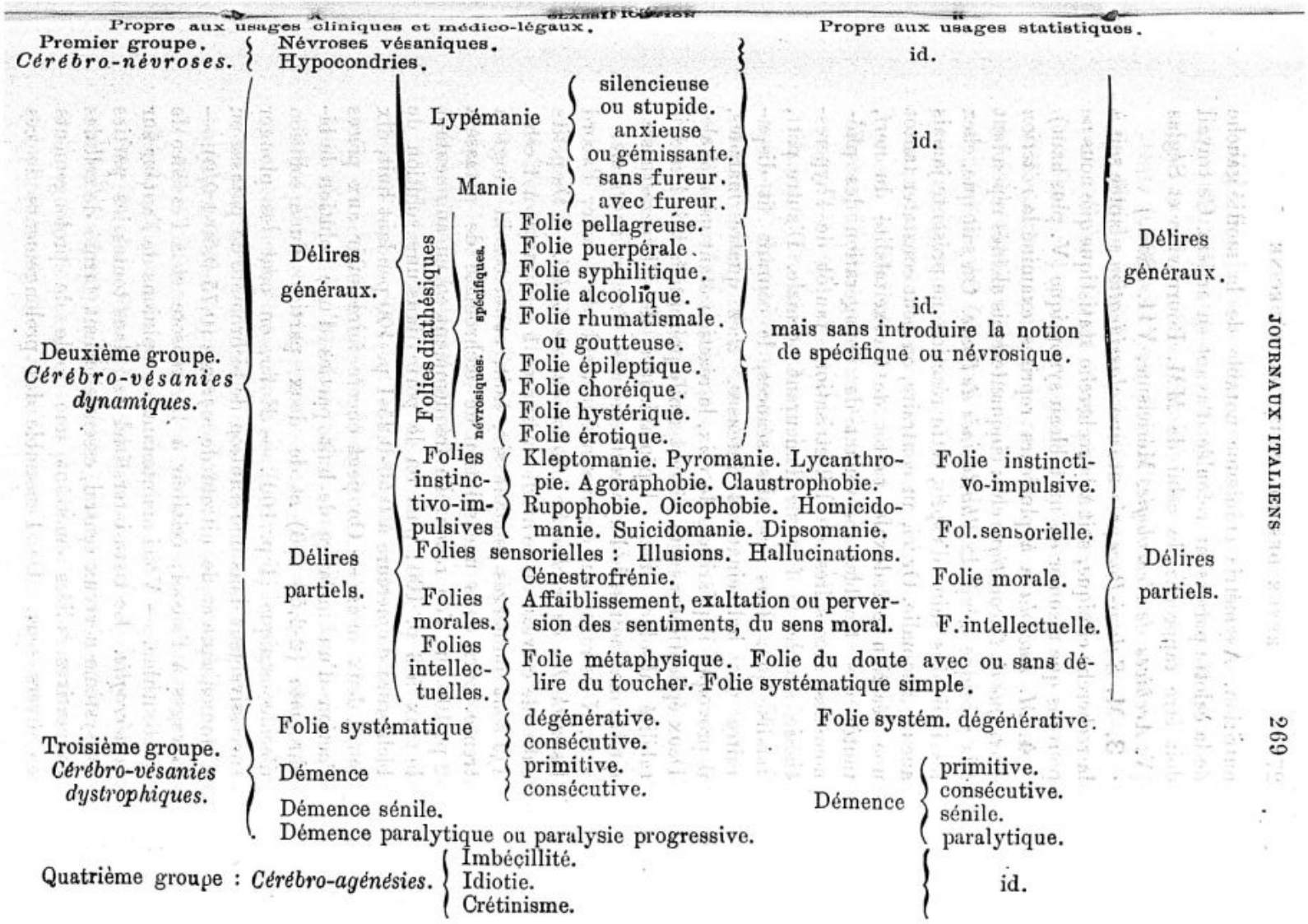
D. Archivio italiano per le malatie nervose (*année XXII*). — **21** *Tartuferi*. Anatomie détaillée de la paire antérieure des tubercules quadrijumeaux de l'homme (centre de réflexion et d'irradiation de l'appareil central de la vision) (fasc. I). — **22** *C. Bonfigli* et *R. Bruggia*. Meurtre d'un fils par son père

©BIUM

(fasc. I). — **23** *Fr. Lussana.* L'indice cérébral (fasc. II). — **24** *G. B. Verga* et *Usuelli.* Tumeurs de l'endo-crâne basilaire et de la dure-mère chez un dément (fasc. II). — **25** *Brunati* Une microcéphale (fasc. II). — **26** *G. Peli.* Accès maniaques avec fièvre prenant les apparences du délire aigu (fasc. III, IV). — **27** *V. Marchi.* Un cas de double entrecroisement des faisceaux pyramidaux (fasc. III, IV). — **28** *P. Madone.* Trefusia chez les aliénés (fasc. III, IV). — **29** *A. Verga.* Quatrième recensement des fous hospitalisés dans les divers manicomes et hôpitaux italiens à la date du 31 décembre 1883 (fasc. III, IV, V, VI.) — **30** *G. B. Verga.* Appoints statistiques et considérations sur les fous pellagreux, recueillis dans les années 1880-1884 au manicome provincial de Mombello (fasc. V, VI). — **31** *U. Maccabruni.* Etudes sur la peptonurie chez les aliénés (fasc. V, VI). — **32** *G. Algeri.* Un cas de pneumonie aiguë avec abaissement de température chez une aliénée (f. V, VI). — **33** *C. Poggi.* Raptus mélancolique (fasc. V, VI). — **34** *L. Frigerio.* Un parricide (fasc. V, VI).

1. Que devient la *température extérieure du crâne* pendant les mouvements volontaires? Tel est le problème physiologique que *MM. Bianchi, Montefusco* et *Bifulco* se sont proposé de résoudre. Pendant qu'un individu donné exécute des mouvements vifs, prolongés, étendus, à l'aide d'un bras, on voit, au niveau de la région pariétale du côté opposé, la température cutanée s'élever tandis que celle des régions frontales et occipitales voisines s'abaisse; en même temps, la région pariétale du côté homonyme présente une légère augmentation de chaleur. Ces phénomènes sont des plus nets chez les paralytiques généraux; chez ces malades, il suffit de mouvements faibles et peu prolongés pour les déceler. D'après des expériences instituées sur des chiens, la température extérieure du crâne correspondrait véritablement à la transmission par les os et les téguments du développement de calorique qui s'effectue à l'intérieur de la cavité crânienne.

2. Il s'agit ici non seulement d'une revue mais d'observations personnelles au nombre de neuf, représentant le résultat statistique de l'examen de quatre cents aliénés du sexe masculin; sur trois cents femmes, on ne trouva aucun cas de *rumination.* La rumination, d'après *M. Cantarano,* s'observe surtout chez des déments et des idiots. Dans l'espèce, on avait affaire à quatre idiots, deux imbéciles, trois déments extrêmes. Il suffisait de quelques contractions superficielles du revêtement abdominal pour chasser le contenu stomacal dans la bouche, sans aucune gêne, sans aucune sensation désagréable. Intégrité de la



page 269 sur 512

©BIUM

©BIUM

nutrition. Asymétrie crânienne notable de la moitié gauche de la calotte paraissant refoulée d'avant en arrière. Ce travail doit être rapproché de celui de MM. Bourneville et Séglas (V. *Archives de Neurologie*, Méricisme, VII. 1884.)

3. M. *Salemi-Pace* présente une *classification* adaptée soit à la recherche clinique, soit à la recherche statistique que nous ne pouvons que résumer en un tableau synoptique (V. plus haut).

4. *M. Buccola* a à plusieurs reprises examiné la *réaction électrique de l'acoustique* chez cinquante-trois aliénés répondant à la rubrique générale d'*hallucinés de l'ouïe*. On sait que, chez les individus sains d'esprit, cette réaction ne présente jamais aucune anomalie. Or ici, au contraire, on peut constater tantôt une réaction paradoxale, tantôt de l'inexcitabilité du nerf, tantôt des troubles provenant de l'exagération des phénomènes accessoires de l'électrisation, tantôt de l'hyperesthésie simple, la formule demeurant normale. D'autre part, tandis que, dans une des séances, le courant fit disparaître des hallucinations intenses, chez quatre malades, il provoqua l'apparition de voix, la réaction étant paradoxale. Deux épileptiques et un dément sénile présentaient de l'inexcitabilité absolue; deux lypémaniaques, de l'hyperesthésie; quatre maniaques, de l'hyperesthésie avec réaction anormale.

5. Nous regardons comme indispensable de résumer d'abord les *méthodes de recherche histologique de Golgi*. — De petits cubes de cerveau ou de moelle mesurant 1 centimètre à 1 cent. 1/2 sont immergés pendant six, huit, et au besoin vingt à trente jours dans une solution de bichromate de potasse à 2 p. 100 que l'on renouvelle fréquemment en en augmentant le taux à 3 p. 100; puis on le porte dans une solution de bichlorure de mercure à 0,50-0,25-1 p. 100 pendant huit, dix jours, deux mois. — On peut encore faire subir aux pièces l'action d'un mélange de huit parties d'une solution de bichromate (2-2,50 0/0) et de deux parties d'une solution d'acide osmique (1 p. 100). — Enfin, on peut les plonger successivement dans une solution de bichromate de potasse ou d'ammoniaque et de nitrate de mercure (0,75-0,50-1 0/0). — Lavages à l'alcool; éclaircir à la créosote et à l'essence de térébenthine. — Voici maintenant les opinions de l'auteur sur la *névroglie*. Le tissu interstitiel est, dans toutes les parties du système nerveux central, essentiellement formé de cellules connectives radiées émettant une foule de prolongements en divers sens. De l'ensemble des prolongements de ces

©BIUM

cellules résulte une intrication touffue. Le tissu interstitiel dit granuleux se compose non seulement des éléments connectifs, mais encore des fines ramifications émises par les prolongements protoplasmiques des cellules nerveuses et de la tresse des fibrilles nerveuses primitives. La substance interposée aux cellules et aux fibres nerveuses consiste en un treillis extrêmement complexe et remarquablement épais résultant, tout naturellement, de la rencontre sur un même terrain de tous les éléments des diverses catégories ; c'est-à-dire qu'elle se compose des faisceaux de fibrilles dérivées des cellules connectives (prolongements cellulaires), — des fines subdivisions des prolongement protoplasmiques émanés des cellules nerveuses, — des fibrilles nerveuses issues des subdivisions des fibres qui, de la substance blanche, pénètrent dans la substance grise, — enfin des ramifications excessivement ténues des filaments provenant des prolongements nerveux de la cellule nerveuse. L'aspect finement granuleux ou granulo-fibrillaire doit être rapporté à des altérations d'origine technique ou cadavérique. La substance conjonctive s'attache donc aux éléments nobles, de même que ceux-ci vont s'attacher à la substance conjonctive.

6. Voici un individu qui, à la suite d'une fracture du crâne compliquée d'éliminations d'esquilles, a perdu une partie de la région osseuse pariéto-occipitale droite. On peut donc se rendre compte, au niveau de la mince cicatrice, des modifications de la *circulation intracrânienne*, en les inscrivant à l'aide de l'appareil de Mosso. Les conclusions suivantes ont, par conséquent, un caractère de grande précision.

1° Un grand bain froid de trente minutes à + 20° c. détermine une congestion artérielle du côté du cerveau par suite d'une stimulation de l'activité du cœur; — 2° un grand bain chaud de + 38 à + 39° c. engendre, dans les trois à quatre premières minutes, une congestion veineuse avec ralentissement des battements du pouls, puis, de l'anémie cérébrale, avec accélération du pouls, qui survit assez longtemps à la suppression du bain ; — 3° un bain de pieds chaud de +40° à + 42° c. détermine les mêmes phénomènes qu'un grand bain chaud, quoique à un moindre degré; — 3° l'application d'une vessie de glace n'exerce en deux heures aucune action sur la hauteur, la forme, le nombre des pulsations du cerveau, mais cela ne signifie pas qu'elle ne puisse abaisser directement la température de l'écorce du cerveau en un cas anormal, en

©BIUM

matière d'accidents inflammatoires ou congestifs méningo-encéphaliques.

7. *M. Venturi* constate sur la calotte crânienne d'un épileptique, qui d'ailleurs offre un épaississement général très accentué, l'existence d'une excavation, à la forme d'un ovale allongé, dont la direction antéro-postérieure est située un peu à gauche et à 1 centimètre du milieu de la suture sagittale, mais sur le diamètre bi-auriculaire. Cette excavation, complètement remplie dans sa plus grande largeur par une granulation de Pacchioni hypertrophiée, révèle un jeu notable en avant ou en arrière. Donc cette granulation s'est creusé son lit par suite des déplacements longitudinaux que le cerveau exécute lorsque la tête change de place. Des expériences sur le cadavre ont démontré à M. Venturi que le *cerveau avec l'arachnoïde se meut* en arrière lorsque la tête s'infléchit sur la nuque, en avant lorsque la tête effectue un mouvement inverse ; en un mot l'encéphale rote dans sa totalité autour du diamètre bi-auriculaire, le liquide céphalo-rachidien, moins dense, montant dans les parties élevées de la cavité crânienne, alors que le cerveau gagne les parties profondes.

8. Etude microscopique de la *première frontale* de l'homme, du veau, du singe, à l'aide des procédés techniques de Golgi. Il est, *d'après M. Roscioli*, impossible de décrire des couches nettement limitées de cellules nerveuses, bien qu'évidemment la forme pyramidale prédomine. Les cellules pyramidales sont celles qui offrent dans cette région la plus grande variété de volume ; on y rencontre toutes les dimensions, mais on peut dire que les cellules moyennes prévalent chez l'homme; les grandes, chez le veau; les petites, dans les deux cinquièmes antérieurs de la première frontale du singe. Chez l'homme et le veau, on ne constate aucune différence de structure entre les segments antérieurs, moyens et postérieurs de la frontale en question; il n'y a que chez le singe qu'il existe davantage de grandes cellules dans les trois cinquièmes postérieurs de cet organe. Les cellules de la névroglie sont caractéristiques par leur forme et le nombre très accusé de leurs prolongements ; elles envoient aussi d'autres prolongements plus forts qui, si l'on en juge par l'expansion infundibuliforme qui les termine à l'endroit où ils s'appliquent aux parois vasculaires, paraissent creux et semblent destinés à la circulation dérivatrice ou lymphatique.

9. Méthode histochimique de Golgi. *M. Cionini* croit que

©BIUM

de ses premières recherches, toutes *provisoires*, il y aurait lieu de conclure que les *cellules* trouvées dans la *glande pinéale* ou dans ses pédoncules, appartiennent à la névroglie et ne sont aucunement des cellules nerveuses. En effet elles n'émettent, chez l'homme, le taureau, le veau, pas de prolongements cylindraxiles ; arrondies, plus rarement triangulaires, pourvues de très nombreux appendices légèrement tordus et ramifiés, elles forment par l'intrication de leurs branches un treillis conjonctif, ou bien elles sont en communication avec les vaisseaux à l'aide d'expansions en forme d'entonnoirs. Il n'y a pas de fibres nerveuses non plus dans l'organe qui nous occupe.

10. Introduisez dans l'estomac d'un lapin 2 à 3 grammes de *chlorate de potasse*, l'animal mourra au bout de vingt à vingt-quatre heures ; 4 à 5 grammes le tueront en quelques minutes; 2 grammes tuent le cochon d'Inde en douze à quinze heures ; 2 gr. 50 à 3 grammes les tuent presque immédiatement. Un chien de 14 kilog. 700 supporte 30 grammes de ce sel, en ne présentant que des signes légers et passagers d'intoxication. Adynamie, mydriase, rigidité cadavérique précoce, imbibation et ramollissement des tissus et surtout de la muqueuse gastro-intestinale, dyscrasie du sang ; tels sont les grands traits de l'intoxication, d'après *M. Pozzan*.

11. La règle, dit *M. Pincherli*, c'est que chez l'homme comme chez l'animal, on peut produire des *ecchymoses* dans les deux premières heures qui suivent la mort; au delà de ce laps de temps, si l'apparition et la genèse des ecchymoses n'est pas favorisée par des conditions spéciales de fluidité hématique, elles ne se produisent plus.

Les ecchymoses *post mortem* ont un peu moins d'étendue que celles qui appartiennent au temps de la vie.

12. *M. Morselli*, par la *dynamographie* ou *dynamométrie graphique*, nous donne en effet, comme il le dit dans ses conclusions, un procédé propre à la recherche plus exacte des divers éléments dont se compose une contraction volontaire, car seul il permet de déterminer et d'analyser : 1° la force de la contraction ; 2° la puissance musculaire de tension ; 3° la synergie ou coordination des muscles qui participent à une pression ; 4° le mode selon lequel s'effectue le passage des muscles de l'état de repos à celui de travail ; 5° le temps que demande l'effort maximum. Il met en relief chez l'individu sain la ressemblance de la courbe qui photographie la contraction volontaire avec celle qui stéréotype la contraction artificielle enre-

©BIUM

gistrée au myographe (vivisection). Il démontre que toute contraction musculaire se compose, ainsi que le soupçonnaient les physiologistes, d'une série de secousses successives fondues en une seule, mais qui, dans quelques altérations du système nerveux, se distinguent bien nettement à raison de l'irrégularité et de l'éloignement des composants. Il permet de distinguer, dans les désordres moteurs élémentaires, des différences entre l'hypokinésie, l'acrokinésie, la parakinésie, et, par conséquent, d'établir les caractères cliniques fondamentaux de la parésie, du tremblement, de l'ataxie. Ci-joint des tracés pris chez des hémiplégiques, des paralytiques généraux, des ataxiques, dans l'atrophie musculaire progressive, la sclérose en plaques, la sclérose cérébrale diffuse, la chorée, la crampe des écrivains, le tremblement sénile, le tremblement alcoolique, la neurasthénie.

13. Sous le titre inscrit plus haut, *M. Pellacani* traite complètement la question des *ptomaïnes*, il ajoute que, pour conserver les parties *cadavériques* réservées à l'examen clinique, il convient d'employer l'alcool pur.

14. Résumons les deux observations de *MM. Algeri* et *Marchi.* Un homme de quarante-six ans, atteint d'idées de persécutions avec hallucinations, est pris de céphalalgie frontale du côté droit; on constate successivement une hémiplégie gauche avec rotation de la tête à droite, de la déviation conjuguée des yeux du côté droit, de la mydriase droite : légère diminution de la sensibilité de la moitié droite du corps; finalement, troubles de la parole, vomissements. Six abcès plus ou moins volumineux occupent la moitié gauche du pont de Varole; un d'entre eux occupe le quatrième ventricule et l'éminence *teres* gauche; dégénérescence secondaire des faisceaux latéraux dans les pyramides. — Une femme de cinquante ans, en proie à la folie systématique, présente des accès d'épilepsie généralisée; anarthrie, hémiplégie gauche, puis contracture, hémiparésie droite, anesthésie, difficulté de la déglutition, légère rotation de la tête à droite, déviation conjugée des yeux de ce côté. On constate dans le lobe frontal droit cinq foyers de ramollissement; le noyau lenticulaire du même côté est occupé par un kyste du volume d'une noisette; un extravasat sanguin occupe la moitié droite de la protubérance et empiète sur la gauche en dépassant la ligne médiane, d'avant en arrière, il envahit tout le faisceau pyramidal; dégénérescence secondaire des faisceaux pyramidaux dans la moelle, surtout à gauche.

©BIUM

15. Signalons les trois observations suivantes de *folie systématique* chez des héréditaires. L'une concerne un délire des persécutions classique; une autre a trait à un délire des persécutions sans hallucinations; le troisième cas regarde une espèce d'original aventurier, présomptueux, incapable de se diriger, à propos duquel *MM. Tanzi* et *Riva* formulent le diagnostic de : folie systématique sans délire.

16. Rapport médico-légal complémentaire concernant le fait que nous avons résumé dans notre précédente analyse.

17. Un individu qui, depuis quatre mois, est en traitement pour une sciatique à l'aide d'injections hypodermiques de morphine (1 0/0) ou de morphine associée à l'atropine (morphine, 0,02, atropine, 0,002 par gramme d'eau), est pris une heure après l'injection de 1 centimètre cube de la dernière solution de trismus, avec opisthotonos; tension générale de tous les muscles du corps, visage rouge et couvert de sueur, myosis; convulsions pharyngiennes; légère somnolence. Comme dans le strychnisme, le plus léger bruit provoque des accès de ce genre, qui se répètent toutes les trois à quatre minutes. Le pouls est lent, mais vigoureux. Durée : quatre heures, avec amélioration graduelle; puis, nouvelle poussée et finalement, pendant douze heures environ, assoupissement, somnolence alternant avec du trismus et quelques convulsions isolées dans les membres. Les deux jours suivants, sommeil très prolongé. La semaine consécutive, difficultés dans la miction. Le liquide analysé n'a révélé aucune parcelle de strychnine. Il s'agit donc bien d'un *empoisonnement morphinique anormal*, comme le dit *M. Pellacani*.

18. Voici les conclusions de *M. Tamburini*.

1° La *dipsomanie* et l'*alcoolisme*, tout en étant des maladies essentiellement différentes l'une de l'autre, se touchent par bien des points, et peuvent même fusionner à certaines périodes sous l'influence des excès d'alcool; 2° l'action de l'alcool peut pendant un accès de dipsomanie, se manifester sur l'intelligence de trois manières différentes : *a*, par une perversion morale analogue à celle de la folie morale; *b*, par un délire alcoolique absolument semblable au délire alcoolique ordinaire; *c*, par une ivresse comateuse profonde; 3° la dipsomanie se distingue de l'alcoolisme en ce que c'est une maladie absolument, essentiellement héréditaire; 4° l'alcoolisme aigu ou chronique peut s'installer comme résultat de la dipsomanie quand cette dernière, en se répétant fréquemment, a, par la multiplicité

©BIUM

de ses accès, déterminé l'ingestion exagérée de liqueurs alcooliques ; 5° étant donné un individu inculpé d'un crime ou d'un délit grave, il se peut qu'au moment où il l'a commis, il ait présenté un état psychopathique uniforme, qu'il s'agisse d'un dipsomane ou d'un alcoolique ; cet état psychopathique sera, par exemple, un délire avec hallucinations, un délire de persécution, de la panophobie ; dans ces cas, on ne peut établir le diagnostic que par l'examen somatique et les anamnestiques précis.

19. Un médecin de Padoue est accusé de ne pas avoir dénoncé au parquet un *attentat* contre une personne, ayant entraîné un traumatisme et la mort. Voyons les faits. Ce médecin avait soigné jadis, pour un mal perforant, un individu qui revient un jour chez lui, en compagnie de son fils, porteur d'une plaie à la tête avec enfoncement de la paroi osseuse. Le père, âgé à ce moment de soixante-cinq à soixante-six ans, et son fils prétendent qu'à raison de l'infirmité précitée, il s'agit d'un accident par chute dans l'escalier. Cinq jours après, méningite et mort. L'enterrement a lieu sans encombre. Deux ans plus tard, on découvre que le traumatisme en question provenait d'un coup de pelle reçu dans une rixe, mais que les parties s'étaient entendues pour taire la chose, afin d'éviter l'intervention de la justice. Le tribunal acquitta le médecin. En effet, dit *M. Tamassia*, comment le médecin se ferait-il divulgateur quand il ne soupçonne pas l'*origine du traumatisme ?* Nous ajouterons qu'en aucun cas le médecin n'a le devoir de se substituer aux agents de police.

20. Des essais de *M. Tamassia,* il résulte qu'une quantité de pâte phosphorée datant de trois mois, correspondant à 1 centigramme de phosphore, rend absolument immangeable 250 grammes de farine accommodée en polenta (bouillie de farine de maïs). Si l'on prend une pâte phosphorée fraîche, il suffira qu'on en distraie une portion correspondant à un demi-centigramme de phosphore pour infecter la même quantité de farine.

21. *La paire antérieure des tubercules quadrijumeaux de l'homme* se compose, en allant de leur convexité vers l'aqueduc de Sylvius, des sept couches suivantes :

1° Une couche de tissu conjonctif (épendymaire), épaisse de 65 μ, contenant surtout des éléments fusiformes fins ; 2° une couche de fibres rubanées (stratum zonale), constituée principalement par des fibres fines qui donnent naissance au nerf optique et qui, sur les côtés, s'engagent dans la couche n° 4 ;

©BIUM

3° une calotte grise (cappa cinerea) formée, comme l'indique son nom, de substance grise ; les cellules nerveuses, petites, ovales, ou en forme de cœur dans la région supérieure, envoient en dehors des prolongements protoplasmiques et des tentacules cylindraxiles dirigés en bas ; elles ont la même forme et sont d'un calibre assez gros dans la région plus profonde ; 4° substance blanche et grise superficielle (strato bianco-cinereo superficiale); on y rencontre trois lamelles : une lamelle médiane de faisceaux résistants ; une zone de fibres fines, une zone de fibres de gros calibre en groupes disséminés dont la portion médiane tend à fusionner avec la troisième couche; partout de nombreuses cellules de gros et de très gros calibre semblables aux cellules motrices de la moelle. Les fibres fines seraient des fibres rétiniennes ; les fibres volumineuses appartiendraient au corps genouillé externe et peut-être à la couche optique ou à la couronne rayonnante ; 5° substance blanche et grise profonde (strato bianco-cinereo profundo) ; des fibres qu'on y rencontre, les unes émanent des grosses cellules de la quatrième couche, les autres relèvent des cellules mêmes de cette cinquième couche qui ont un très gros calibre ; 6° substance grise centrale (grigio centrale). Elle sépare l'aqueduc de Sylvius de la couche précédente et se compose d'un réseau délicat de fibres grises sans ordre qui enlace de petites cellules ganglionnaires dont les prolongements ont une finesse extraordinaire ; 7° strato-connettivo-centrale ; revêtant l'aqueduc, cette couche, exclusivement conjonctive, est formée de cellules épithéliales pyramidales, munies de cils vibratiles délicats et de longs prolongements, qui se ramifient dans la substance même du tubercule quadrijumeau et s'unissent à des cellules-araignées disséminées.

Tel est le fonds du mémoire de *M. Tartuferi.*

22. Dans les cas de *MM. Bonfigli* et *Brugia*, il s'agit d'*un individu ayant tué son fils* âgé de quatre ans, sous l'influence d'une impulsion irrésistible, sans aucun motif ; l'exécution suivit immédiatement l'impulsion, il n'y eut aucune hésitation, aucune idée contradictoire. Ce malheureux a, d'ailleurs, conservé un souvenir très sommaire des circonstances et de l'époque du forfait. Mélancolie profonde, raptus mélancolique au moment de l'acte.

23. L'*indice cérébral*, c'est d'après *M. Lussana*, le rapport centésimal que l'on trouve entre la longueur et la largeur du cerveau. M. Lussana a examiné à ce point de vue soixante-douze cerveaux de diverses espèces animales. Il en conclut que :

©BIUM

1° toute une grande famille naturelle d'animaux possède un indice cérébral presque constant, qui lui est propre ; il est ainsi de 80 pour les anthropoïdes et les reptiles; de 85 pour les cochons, les chevaux, les moutons ; de 90 pour les chiens ; de 100 pour les chats, les rongeurs, les serpents; de 130 pour les oiseaux et les poissons; 2° ces divers degrés ne sont pas en rapport avec les divers degrés du développement psychique; 3° ces résultats n'ont donc rien à voir avec les doctrines de Gall chez les mammifères, mais ils leur sont assez favorables quand on les applique aux ovipares, et surtout quand on les applique aux oiseaux rapaces et aux serpents ; 4° étudions donc, non pas le crâne, non pas la forme générale du cerveau pour interpréter les qualités psychiques, mais plutôt l'anatomie spéciale des circonvolutions cérébrales.

24. Observation d'un homme de quarante-deux ans, entaché d'hérédité, atteint de folie hypocondriaque terminée par la démence. Blépharoptose du côté gauche, amaurose, quelques attaques vertigineuses, légers accès épileptiformes avec vomissements. Cinq mois plus tard, attaque apoplectiforme. Mort. Une tumeur dure, grosse comme une châtaigne, a pris naissance sur le revêtement duremérien du sphénoïde; sa base d'implantation est constituée par l'apophyse crista-galli, le bord antérieur de la selle turcique, la base des petites ailes, la voûte orbitaire; elle a comprimé le nerf optique gauche et les organes limitrophes. Une autre tumeur, grosse comme un œuf de pigeon, provient de la fosse moyenne gauche du crâne; elle a englobé, en le comprimant, le nerf maxillaire supérieur. Cerveau normal. Diagnostic microscopique : *sarcomes endothéliaux alvéolaires.* Les commémoratifs, relevés après coup, apprennent que cet individu avait été atteint, à la région frontale, d'un traumatisme ayant laissé après lui du blépharospasme et de l'amblyopie. Quatre ans avant la mort, céphalalgies extrêmes, névralgie du maxillaire supérieur gauche, enfin blépharoptose, amaurose, stupeur graduelle.

25. L'*idiote* dont parle *M. Brunati*, épileptique dès l'âge de douze ans, avait successivement présenté, à la suite de ses accès, de la parésie et de la contracture du bras droit, enfin de l'atrophie des extrémités de ce côté ; démarche incertaine ; absence presque complète de la parole. Organes des sens normaux. Mort à l'âge de vingt-six ans. Plaques d'induration grise dans les lobes frontaux et occipitaux, ainsi que dans le lobule paracentral, et la circonvolution du corps calleux. L'au-

©BIUM

teur rattache cette sclérose à des hémorragies méningées qui se seraient produites au cours du travail de l'accouchement, ce travail ayant duré plusieurs jours.

26. Homme de vingt-deux ans pris, à la suite d'excès vénériens et de libations profuses, d'une *manie extrêmement aiguë*. Pendant quatorze mois, il en eut cinq accès, d'une violence inouïe, avec fièvre, sitiophobie, et finit par succomber à la période d'acmé du cinquième accès en tout semblable à du *délire aigu*. La première attaque dura 124 jours, les autres durèrent successivement 36, 35, 16, 9 jours (voir le tracé d'évolution dans le mémoire). Entre les accès, rémissions parfaites à tous égards. L'autopsie révéla une hyperémie méningo-corticale prodigieuse, sans adhérences ni bactéries. *Conclusions*. 1° Il existe, parmi les diverses formes d'exaltation mentale, une modalité caractérisée par la manifestation d'accès, accompagnés de fièvre et sitiophobie, traduisant une irritation corticale très prononcée, et pouvant se terminer par du délire aigu. 2° L'anatomie pathologique en est caractérisée par de l'hyperémie cérébrale.

27. Il s'agit d'un homme de soixante-treize ans, ayant successivement présenté en quatre ans : des accès épileptiformes, une attaque apoplectiforme suivie d'agitation, d'insomnie, de céphalalgie, d'hallucinations ; de la parésie faciale gauche ; une légère déviation de la langue à droite ; de la paralysie des extrémités gauches, avec anesthésie ; réflexes nuls à gauche, disséminés à droite ; enfin contracture du bras gauche, elle-même accompagnée, sans nouvelle attaque, de contracture du bras droit. Voici ce qu'on trouve à l'autopsie.

L'écorce du lobule paracentral gauche est occupée par une vieille hémorragie du volume d'une noisette ayant détruit une partie de la substance blanche sous-jacente ; second foyer hémorragique, gros comme un grain de maïs, dans le tiers inférieur de la protubérance, siégeant dans la moitié gauche de l'organe, mais arrivant presque à la ligne médiane. Du premier foyer part un ruban dégénératif qui traverse le centre ovale, les deux tiers antérieurs du segment postérieur de la capsule interne, et la moitié externe du pédoncule cérébral gauche ; on ne le retrouve plus au niveau du segment gauche de la protubérance, mais il reparaît au niveau de l'entrecroisement ordinaire des pyramides et sur la moitié gauche de la moelle, tandis qu'un petit nombre de fibres dégénérées occupent le faisceau pyramidal direct dans le cordon antérieur droit. Le

©BIUM

second foyer a donné naissance à la dégénérescence secondaire accoutumée. Les coupes de la moelle révèlent : — dans le cordon antérieur droit et dans la partie postérieure du cordon latéral, les dégénérescences en rapport avec le foyer de l'hémisphère gauche ; — dans le cordon latéral droit, les dégénérescences issues de la lésion protubérantielle.

28. Sous le nom de *trefusia*, *M. P. Madone* parle d'administrer aux aliénés anémiques dans du lait, par doses quotidiennes de 6 grammes, une préparation composée de sang de bœuf sous forme de poudre soluble. Trente-quatre observations à l'appui se répartissent en dix-sept améliorations, dix-sept guérisons.

29. Soixante-douze *asiles ou quartiers d'hospices* publics et privés dispensent en Italie, à la date sus-inscrite, l'assistance à 19,656 aliénés (10,291 hommes, 9,365 femmes). Il y aurait donc par 100,000 habitants [la population totale du royaume est de 29,010,652 (14,557,405 hommes, 14,453,247 femmes)], 65,77 aliénés, soit un aliéné sur 1,500 habitants à peu près. Les femmes aliénées prédominent en Toscane. C'est à Naples, en Sicile, en Sardaigne qu'il y a le moins de psychopathes : pour 100,000 habitants, on y constate 24; 35,1 ; 17 aliénés ; mais dans le royaume entier, la proportion, a subi une progression depuis 1874 qui s'est successivement chiffrée par périodes triennales pour 100,000 habitants, à 51 ; 54,17; 61,25; 67,75. Les chiffres que nous avons reproduits plus haut se répartissent ainsi qu'il suit, en ce qui concerne les âges.

	Hommes.	Femmes.
Entre 15 et 20 ans. . .	425	380
21 et 40 ans. . .	4.461	3.683
41 et 60 ans. . .	3.807	3.849
60 et au delà . .	810	988
Age inconnu . .	788	465
	10.291	9.365
	19.656	

La population totale de l'Italie comprend les deux tiers d'individus mariés, un tiers de célibataires ; la population de ses aliénés comprend une moitié d'individus mariés, une moitié de célibataires. On compte parmi ces aliénés 10,514 illettrés.

30. Tandis que, de 1875-1879, on avait traité 376 *aliénés pellagreux* (209 hommes, 167 femmes), de 1880-1884 on traitait 542 pellagreux, se répartissant comme suit :

©BIUM

		H.	F.
De 40 à 50 ans. . . .	110	44	66
50 à 60 ans. . . .	85	41	44
30 à 40 ans. . . .	84	30	54
60 à 70 ans. . . .	57	37	20
20 à 30 ans. . . .	37	18	19
	373	170	203

Sur 404 individus nouvellement admis, on constatait 244 sujets mariés, 92 célibataires. 40 malades présentaient à leur entrée la forme typhique de la maladie ; 26 d'entre eux moururent. Les pellagreux viennent des districts suivants, et permettent d'établir la proportion centésimale comparative que voici, par rapport au chiffre de la population des mêmes districts.

	Districts.	Proportion p. 100 par rapport au chiffre de la population.
Milan.	112	0,0228
Monza.	100	0,0527
Gallarate.	83	0,0526
Lodi	61	0,0347
Abbiate grasso . . .	47	0,0419
	403	

31. *M. Maccabruni* a examiné à plusieurs reprises, par la méthode d'Hofmeister, l'*urine de* 245 *aliénés* (action successive du tungstate de phosphore, de la baryte caustique, du sulfate de cuivre). Il en conclut que : 1° les fous tranquilles se trouvent dans des conditions identiques à celles des individus sains d'esprit, c'est-à-dire qu'ils ne présentent pas de *peptonurie* ; 2° la forme de la maladie mentale n'exerce aucune influence sur la fréquence de la peptonurie ; 3° il est rare que chez les plus agités on observe de la peptonurie ; 4° on la trouve, au contraire, assez fréquente chez les aliénés malades ou atteints de fièvre, mais la fièvre n'est pas une condition indispensable ; 5° elle fait supposer chez les aliénés une affection somatique intercurrente latente ou une altération des échanges moléculaires, produite par l'extrême agitation ; 6° parmi les affections intercurrentes qu'elle décèle, on la rencontre surtout à la période d'acmé et de résolution de la maladie somatique, dans les processus de suppuration, dans les inflammations aiguës, gangréneuses, tuberculeuses, dans les fièvres d'infection ; 7° elle

©BIUM

manque chez les pellagreux même quand ils sont atteints de fièvre et de diarrhée; 8° elle manque chez les sitiophobes, les épileptiques, les hystériques; 9° elle permet en somme de prévoir et de rechercher une affection organique latente.

32. Il s'agit, dans l'observation de *M. Algeri*, d'une *pneumonie fibrineuse* chez une femme de quarante-cinq ans, anémique, mal nourrie, atteinte depuis près d'un an de mélancolie grave avec accès d'angoisse tenant à des hallucinations. Un beau jour, on la trouve plus déprimée et toute fébrile; on constate pendant huit jours la température suivante :

	1er j.	2e j.	3e j.	4e j.	5e j.	6e j.	7e j.	8e j.
Mat.	33	34	35,5	36	35	37,2	36,5	34
Soir.	35	34	36	37	38	37	36	Mort.

L'autopsie révèle une pneumonie des lobes inférieur et moyen du poumon droit avec œdème et hypostase du poumon gauche.

33. Un douanier, de garde, tire sans motif sur un de ses supérieurs, brise son fusil, injurie les autorités, entre dans une telle fureur qu'il faut dix hommes pour l'attacher. Amnésie incomplète. Hérédité invétérée. Névropathe lui-même, il est soupçonné d'épilepsie au régiment; toujours très irritable, de mauvaise humeur, concentré, silencieux, mécontent, il avait reçu le jour de l'acte incriminé une lettre de sa maîtresse lui annonçant qu'elle venait d'accoucher dans le plus complet dénuement. En prison, il présente du vertige et fait une tentative de suicide. Diagnostic : *raptus mélancolique* chez un épileptique.

34. Homme de vingt-quatre ans, *tue son père* pendant la nuit de treize coups de couteau, et en jette le cadavre dans la cour. C'est un héréditaire débile qui, préoccupé par l'idée d'un mariage qu'il veut refuser contre la volonté paternelle, et sous l'influence de prédictions terribles d'une tireuse de cartes, avait présenté quelques jours auparavant du délire, de l'agitation, de l'insomnie (idées de persécution, craintes de la mort). Enfin, une nuit, dit-il, il sent qu'on lui serre la gorge : c'est son père dormant à ses côtés qui l'étouffe. Le reste se devine. Microcéphalie.

Dr P. KERAVAL.

©BIUM

JOURNAUX ANGLAIS

The Journal of Mental science.

ANNÉE 1886 (suite et fin).

NUMÉRO DE JUILLET

I. — *Aliénation mentale et crime;* par le Dr S. W. North.

Rapports du crime avec la folie, responsabilité des criminels, formule admise par les tribunaux touchant cette responsabilité, tels sont les différents points qui font l'objet de ce mémoire. En 1845, les magistrats, mis en demeure par la Chambre des lords de donner une formule de la responsabilité, ont considéré l'esprit humain comme divisible en régions distinctes dont l'une pouvait être lésée à l'exclusion des autres; ils ont pensé que celle qui préside à la volonté et au moi pouvait conserver son intégrité fonctionnelle au milieu du trouble des autres régions de l'entendement, pourvu que le sujet eût une notion exacte de ses actes et de leurs conséquence. Notre confrère proteste énergiquement contre cette doctrine qui est absurde et dangereuse. Il affirme que toutes les facultés sont solidaires. Quelle que soit l'école philosophique à laquelle on se rallie, on ne saurait concevoir les facultés sans un substratum organique, dont les vicissitudes influent sur la fonction. M. North admet trois classes de facultés : celles qui nous mettent en rapport avec le monde extérieur, par lesquelles nous percevons et nous vivons; celles qui nous font apprécier les faits perçus; celles qui nous donnent le pouvoir de nous conduire et d'occuper notre place dans la société. Or, de même qu'un organe du corps ne peut être affecté par la maladie sans que la souffrance retentisse sur l'économie tout entière, la lésion d'une faculté isolée influence à un degré plus ou moins marqué tout le fonctionnement mental. C'est le caractère morbide d'un acte qui distingue la folie. Il faut bien se garder de confondre les aliénés avec les criminels. Les uns et les autres peuvent accomplir les mêmes actes sous l'empire des mêmes motifs, mais une étude sérieuse fera ressortir le caractère de l'acte. Un fou est un malade, et le médecin saura le séparer du criminel en consultant l'histoire de sa vie, les circonstances

©BIUM

du crime, l'état de ses facultés morales ; il constatera chez le criminel l'absence de troubles morbides, de conceptions délirantes, d'hallucinations ; il mettra enfin en évidence, chez celui-ci, les mobiles de sa conduite.

Les formes d'aliénation mentale qui sont le plus souvent discutées devant les tribunaux sont les suivantes : 1° diminution du pouvoir du contrôle (imbécillité ou démence) ; 2° conceptions délirantes, illusions ou hallucinations ; 3° impulsion spontanée, sans délire ni faiblesse mentale.

Les individus qui appartiennent à la première catégorie vivent fréquemment en liberté et n'éveillent pas l'attention s'ils sont surveillés avec bienveillance. Livrés à eux-mêmes, ils deviennent des malfaiteurs vulgaires et leur état mental n'est l'objet d'une expertise que dans les cas rares où ils vont jusqu'à commettre un meurtre. Les aliénés à conceptions délirantes présentent une variété infinie d'états mentaux. Le plus vulgaire est le délire des persécutions. Les malades atteints de ce délire sont dangereux et offrent ce caractère qu'ils peuvent le devenir sous l'empire de circonstances qui seraient incapables d'influencer la conduite d'un homme sain d'esprit. Ils discernent parfaitement le vrai du faux et apprécient les conséquences de leurs actions. Ils pourraient au besoin conseiller sagement leur voisin sur un cas semblable au leur, mais ils jugent les cas différemment en ce qui les concerne. Leur pouvoir de contrôle s'est modifié parce que leur sens moral s'est perverti consécutivement à l'altération de leur jugement. Aussi, bien qu'ils aient leur pleine connaissance et soient condamnés par la formule juridique, ils ne doivent pas être regardés comme responsables.

Les cas de la troisième catégorie se rattachent à la névrose épileptique et sont d'une appréciation difficile. L'acte violent est toujours précédé d'une modification dans les habitudes, le caractère, etc. — L'auteur donne, au cours de son travail, des exemples cliniques des diverses défectuosités mentales qui entraînent l'irresponsabilité. Il termine en concluant avec lord Stephen, qu'un acte n'est pas criminel « si la personne était incapable au « moment où elle l'a commis, soit par suite d'une faiblesse « mentale, soit par l'effet de toute autre maladie de l'esprit :

« 1° De connaître la nature et la qualité de l'acte ;
« 2° D'en apprécier la criminalité ;
« 3° De contrôler sa conduite, avec cette réserve pour cette

©BIUM

« dernière condition que l'absence du pouvoir de contrôle ne « lui est pas imputable. »

II. — *De l'admission des enfants idiots et imbéciles dans les asiles d'aliénés ;* par le Dr William W. Ireland.

L'auteur de ce mémoire, lu à la réunion de l'Association médico-psychologique, à Carlisle, appelle l'attention de ses collègues sur le mode d'assistance des idiots dans le Royaume-Uni et sur la nécessité d'y apporter des réformes urgentes. Le procédé d'admission adopté pour les pensionnaires est surtout l'objet de sa critique. En Angleterre, les établissements d'idiots sont entretenus par la charité, et l'insuffisance des ressources a porté les directeurs à autoriser les placements de pensionnaires par souscription publique. Cette idée a été malheureuse et a compromis gravement le succès de l'œuvre, qui a été livrée à l'intrigue et aux compétitions de clocher. Non seulement, les asiles spéciaux ont été fermés à des idiots perfectibles, qu'on aurait dû favoriser pour ce motif, mais la plupart des demandes n'ont pu aboutir, et certains établissements ont été impuissants à recruter une population assez nombreuse pour les faire vivre. La durée du traitement accordé aux idiots admis est de cinq ans. Le temps est insuffisant pour les améliorer et les rendre sociables. Ils sortent prématurément pour être transférés dans les asiles, à leur grand détriment et au détriment des aliénés. D'autres sont évacués dans des workhouses non aménagés en vue de leur hospitalisation.

M. Ireland démontre, à l'aide de nombreux témoignages, les inconvénients de la promiscuité des idiots avec les aliénés ordinaires. Le nombre des dégénérés logés dans les asiles est considérable. Il était de 835 en 1885. Il y avait sur ce nombre 219 payants et 616 pauvres, soit une proportion de 9,8 0/0 de pensionnaires et de 5 0/0 d'indigents sur la population totale des asiles.

Notre distingué confrère constate les progrès accomplis en ce qui touche l'assistance des idiots en Amérique, dans les divers pays du continent et notamment dans les pays du Nord, en Norwège, et conclut en demandant l'intervention directe de l'État. Il se félicite de ce qu'un premier pas va être fait par l'application du nouveau bill préparé par lord Hershell, en vertu duquel les idiots et imbéciles ne seront plus régis par la

©BIUM

loi des aliénés ordinaires. Il faudrait aller plus loin et interdire le placement des faibles d'esprit dans les asiles d'adultes.

La conséquence de cette réforme sera de provoquer l'érection d'asiles spéciaux dans tous les districts anglais. L'extension du « metropolitan poor act » qui a été si bienfaisant pour les idiots de Londres, à toute l'Angleterre, placerait sous le régime de la loi des Pauvres environ dix mille dégénérés au-dessous de vingt ans; mais on remarquera qu'un grand nombre de ces individus sont déjà à la charge de l'administration dans les asiles et les workhouses. Il s'agirait simplement de trouver un meilleur emploi des sommes qui leur sont affectées. Les nouveaux asiles pour idiots pourraient être construits économiquement, sans luxe ni décorations superflus et alors le prix d'entretien des pensionnaires ne dépasserait pas celui des aliénés.

M. Ireland fournit, en terminant, quelques renseignements statistiques qui ont leur intérêt. Dans les 31 asiles de comté en Angleterre et dans le pays de Galles, sont traités 176 idiots et imbéciles âgés de moins de quinze ans; on en compte 1,731 au-dessus de cet âge. Dans quatre asiles de bourg, il y a 14 idiots au-dessous, 142 au-dessus de quinze ans. A Broodmoor se trouve un seul imbécile âgé de moins de quinze ans, sept ont dépassé cet âge.

Dans les asiles spéciaux, les pensionnaires sont répartis comme il suit au point de vue l'âge :

	Au-dessous de 15 ans.	Au-dessus de 15 ans.
Earlswood	114	459
Royal-Albert (Lancastre).	225	317
Midland (Knowle). . . .	21	29
Western (Exeter)	56	53
Darenth (Metropolitain). .	376	224

III. — *De l'appétit chez les aliénés;* par M. le Dr J. A. Campbell.

L'appétit subit des modifications diverses chez les aliénés. Il est augmenté dans la paralysie générale, dans l'épilepsie, dans la manie chronique, chez les onanistes; il est diminué dans la mélancolie, chez certains maniaques, chez quelques malades où la fonction de l'absorption est gravement atteinte; il est perverti dans plusieurs formes vésaniques.

La voracité des paralysés généraux présente ce caractère

©BIUM

qu'elle ne s'exerce que sur des substances comestibles, malgré les tendances de ces malades à collectionner des pierres, des détritus qu'ils prennent pour des objets précieux. Ils doivent être soumis à une diète spéciale.

M. Campbell ne leur alloue qu'une fois par semaine de la viande et des féculents, et ne leur permet, aux autres repas, qu'un régime léger, dont le lait et le bouillon forment les éléments principaux. Il prévient ainsi l'engraissement et la formation d'eschares à la période ultime.

Presque tous les épileptiques mangent beaucoup et doivent subir aussi une réduction notable dans leur régime. Une nourriture trop abondante est susceptible, en effet, de déterminer chez eux des séries d'attaques et la mort. D'autre part, les maniaques chroniques peuvent impunément satisfaire leur boulimie sans qu'il en résulte pour eux une augmentation de poids ni aucun inconvénient grave pour leur santé physique.

Les masturbateurs présentent une voracité remarquable coïncidant avec l'émaciation et le dépérissement physique. A ces malades convient un régime abondant, mais dépourvu de propriétés stimulantes : les farineux, le lait, peu ou point de viande.

La perte de l'appétit est, chez un certain nombre de mélancoliques, de cause viscérale, et alors l'intervention du médecin doit se faire prudemment. Un malade suppliait notre confrère de le laisser jeûner pendant deux jours, promettant de manger le troisième. La volonté du malade fut respectée ; au jour dit il tint parole et guérit. Toutefois l'expectation est souvent dangereuse et l'on doit lui préférer l'emploi judicieux des évacuants lorsque l'état des organes digestifs l'indique.

Les maniaques entraînés par leur délire à refuser la nourriture éveillent surtout la sollicitude du médecin. Chez ces malades, on peut se dispenser bien souvent de faire usage de la sonde qui peut être remplacée par l'action intelligente des gardiens et les lavements nutritifs. Mais l'alimentation par le tube doit être appliquée en dernier ressort. Un malade ne doit jamais être laissé plus de trois jours sans nourriture.

Certains agités sont en proie à une excitation si intense que leur loquacité ne leur laisse pas le temps de manger. Ils seront nourris temporairement à la sonde. Il est d'autres cas beaucoup plus graves, où la faculté d'absorption du tube digestif est suspendue. Ces agités avalent impunément des corps étrangers ; leur estomac paraît tolérer les liquides qu'on y injecte et

©BIUM

reçoit sans inconvénient des doses énormes de médicaments qui détermineraient des effets intenses et mortels chez un homme sain. Ces malades s'affaiblissent et succombent sans présenter des troubles graves pendant la vie. A l'autopsie, on trouve l'estomac et tout l'intestin distendus par les liquides ingérés et non absorbés.

Enfin, l'appétit est perverti chez un grand nombre d'aliénés. Les asiles sont remplis de ces malades à goûts dépravés, qui sont l'objet d'une surveillance incessante; qui, livrés à eux-mêmes, avalent boutons, pierres, cheveux, matières fécales, etc. Un aliéné observé par l'auteur de ce mémoire avait une singulière prédilection... pour le contenu des crachoirs d'infirmerie!

IV. — *Lésion d'un hémisphère cerébelleux associé avec la dégénérescence olivaire du côté opposé;* par le Dr William Dudley.

Observation, malheureusement un peu écourtée, d'une héréditaire atteinte de démence ayant présenté de la parésie gauche avec difficulté extrême dans l'articulation des mots. Deux mois avant de mourir, elle a eu deux attaques d'épilepsie, dont la dernière a été suivie d'une aggravation des symptômes paralytiques sans contracture. La description de ces attaques manque. L'autopsie a fait découvrir dans le cerveau plusieurs foyers de ramollissement. L'hémisphère droit en contient trois; deux dans la couche optique, un dans la substance blanche sous-jacente à la portion moyenne de la pariétale ascendante. Dans l'hémisphère gauche, on trouve un foyer en arrière de la scissure orbitaire, un second occupant la portion externe du noyau lenticulaire et l'avant-mur; plusieurs autres dans la couche optique. Enfin, dans la substance blanche des deux hémisphères, sont disséminés plusieurs foyers de la grosseur d'un grain de chènevis. L'hémisphère cérébelleux de gauche présente, près de son centre, englobant le corps denté, un foyer de ramollissement de trois quarts de pouce de diamètre, de couleur foncée, de forme irrégulière. Le corps olivaire droit offre une apparence gélatineuse. La ligne de substance grise qui en forme les contours est confuse, et ne peut être suivie à l'œil nu. Son examen microscopique a montré une atrophie des cellules avec une production abondante de corps granuleux. Le corps olivaire droit offre une structure normale.

©BIUM

V. — *Trois cas de suffocation;* par David Welsh.

Le premier malade est un maniaque, sujet à des attaques de bronchite qui a été étouffé par un bol alimentaire, et n'a pu être sauvé par la trachéotomie ni par la respiration artificielle pratiquée pendant quinze minutes. Outre le bouchon laryngien formé par les matières alimentaires, l'autopsie a montré l'existence à la partie supérieure de la trachée, au niveau de sa bifurcation, d'un dépôt solide de lymphe organisée obturant en partie l'orifice du conduit. C'est à cette lésion qu'il faut attribuer, d'après l'auteur, l'insuccès des tentatives pour rendre la vie au malade, qui aurait pu, dans des circonstances ordinaires, être sauvé par la trachéotomie.

Le deuxième aliéné, atteint de démence paralytique, a été victime d'un accident semblable. La trachéotomie et la respiration artificielle, pratiquées pendant huit minutes, ont été suivies d'un heureux résultat. Malheureusement le malade était indocile, se découvrait et il a contracté une pneumonie mortelle. Dans ce cas, l'opération a prolongé la vie et aurait sans doute sauvé le malade s'il avait été calme.

La troisième observation offre un intérêt tout particulier. Un paralytique agité s'introduit dans la bouche une pièce de linge qui paraît déterminer des accidents de suffocation auxquels il succombe. En réalité, il a été emporté par un ictus cérébral. Les efforts pour expulser le corps étranger ont déterminé simultanément une rupture de la veine du corps strié et de la jugulaire interne.

Cette dernière lésion avait produit d'abord une intumescence de la partie antérieure du cou, bien faite pour égarer le diagnostic. Puis la tumeur avait disparu, le sang s'étant infiltré dans le tissu musculaire. Le larynx était libre.

VI. — *Note sur quatre cas intéressants d'affections abdominales;* par le Dr S. A. Campbell.

Sous ce titre, M. Campbell publie quatre observations se rapportant à des faits cliniques entièrement dissemblables.

Dans l'estomac d'une démente morte dans le marasme, on trouve des cheveux, des fragments de couverture et de la ficelle. La ficelle a franchi le pylore et s'est déroulée dans l'intestin sur une longueur de deux pieds. Elle maintient ouvert l'ori-

©BIUM

fice pylorique et a dû entraver pendant la vie l'action musculaire de l'estomac.

La deuxième observation est celle d'un mélancolique sitiophobe qui dépérit progressivement et succombe cinq mois après son entrée, sans avoir présenté d'autres symptômes qu'un œdème des extrémités et un peu d'ascite. Il avait une péritonite chronique.

La troisième aliénée avait des hallucinations du goût et de l'odorat. Elle sentait et percevait la saveur du sang. Elle présentait notamment une conception délirante caractéristique. Elle croyait avoir des rats dans l'estomac et se plaignait de leurs morsures. Ce n'est que peu de jours avant sa mort qu'on découvrit par la palpation une tumeur à la région épigastrique. Elle avait en effet un squire du pylore.

Nous lisons enfin l'histoire d'une mélancolique suicide, qui a été admise à l'asile dans un état de marasme et qui n'y a vécu que peu de jours. Cette malade avait des vomissements de couleur café et l'on a cru à l'existence d'un cancer de l'estomac; l'autopsie n'a pas confirmé ce diagnostic. L'estomac divisé en deux parties inégales par un étranglement siégeant à quatre pouces du pylore, présentait une large ulcération dans le voisinage de cet orifice.

VII. — *Intoxication saturnine avec désordres mentaux et nerveux;* par le Dr Al. Roberston.

Les deux malades dont notre confrère a écrit l'histoire étaient employées comme emballeuses dans une teinturerie de laine, où elles étaient constamment exposées aux poussières d'arsenic et de plomb. L'une, âgée de quatorze ans, avait de fréquentes attaques de vomissements compliquées de céphalalgie. Ses règles avaient fait leur apparition, puis s'étaient supprimées. Elle fut admise à l'asile dans un état maniaque, incohérente dans ses discours et inconsciente de sa position. Elle refusait la nourriture. Les gencives présentaient le liseré classique et la température était inférieure à la normale. Il n'y avait pas de paralysie musculaire, mais l'ouïe et la vue étaient compromises. Cette malade s'est améliorée mentalement, mais elle est restée aveugle. A l'ophtalmoscope, on a constaté l'atrophie des deux papilles.

L'autre jeune fille, âgée de vingt ans, était sujette à de fréquents troubles gastriques. Quatre jours avant son admission,

©BIUM

elle eut une série d'attaques convulsives qui se continuèrent à l'asile pendant une semaine. Les convulsions unilatérales occupaient le côté droit du corps et s'accompagnaient de perte de connaissance. Dans l'intervalle des accès, la malade était lucide et se plaignait de la tête et du ventre. La vision était affaiblie à gauche et l'ophtalmoscope faisait découvrir, outre l'anémie papillaire, une répartition inégale du pigment choroïdien. Cette malade est sortie au bout d'un mois, débarrassée de ses attaques. M. Roberston pense que le délire des saturnins est le résultat de l'action du poison sur les cellules cérébrales.

VIII. — *Guérison de la folie chez une femme à barbe par l'ablation de cet appendice;* par le Dr Savage.

Nous ne ferons que mentionner cette observation, fort intéressante d'ailleurs, d'une mélancolique présentant des accès de désespoir avec désir de la mort, à laquelle le savant médecin de Bedlam a eu l'idée d'appliquer le traitement moral sous une forme tant soit peu cruelle. L'épilation de la barbe a été pratiquée en une série de séances. Neuf cents poils environ ont été arrachés et leurs bulbes détruits par la galvano-puncture. Cette épreuve n'a pas été inutile à l'infortunée qui l'a subie. On a constaté que l'état mental s'améliorait à mesure que se modifiait la physionomie de la patiente.

IX. — *Ovariotomie chez une aliénée;* par le Dr Percy Smith.

Le sujet de cette observation était âgée de trente-cinq ans. Elle présentait un délire des grandeurs avec hallucinations de l'ouïe et de l'odorat. (Elle disait sentir des odeurs de cadavre.) La tumeur ovarienne a été enlevée avec succès et la période inflammatoire qui a suivi l'opération a été marquée par un retour à la lucidité, ainsi qu'on l'observe fréquemment en pareil cas. Mais l'amélioration n'a pas persisté et le délire a fait de nouveau son apparition, après que la santé physique a été recouvrée. Il faut noter néanmoins un fait curieux : la disparition des hallucinations de l'odorat pendant cette seconde phase de la maladie mentale. Elle serait la conséquence de l'ovariotomie, si l'on admet une relation entre ce trouble sensoriel et les affections des organes de la génération chez la femme.

©BIUM

NUMÉRO D'OCTOBRE

I. — *Discours présidentiel prononcé à la séance annuelle de l'Association médico-psychologique, le 9 août* 1886 ; par M. le Dr G. Savage.

L'adresse du nouveau président de la Société médico-psychologique est un chapitre intéressant de pathologie spéciale. L'habile praticien de Bedlam, après avoir jeté un rapide coup d'œil sur l'état actuel de la science mentale, indique les grandes lignes d'une classification basée sur la nature même des vésanies. Elles peuvent résulter d'une lésion de l'organe de la pensée ; d'autres fois, elles sont l'expression mentale d'une maladie physique ayant son siège loin du cerveau. Il convient enfin de ranger dans une catégorie à part les troubles vésaniques purement fonctionnels, ce sont les maladies mentales proprement dites.

Cette division ne s'applique pas seulement à la pathologie du cerveau. Le rein est affecté de troubles fonctionnels simples qui respectent l'intégrité de l'organe ; d'autres maladies attaquent son tissu ; il peut enfin être le siège de sécrétions anormales dépendant de la lésion d'organes éloignés.

M. Savage aborde l'étude des affections mentales avec lésion du cerveau et il constate d'abord qu'elles ont toutes un pronostic grave. On ne remarquera pas sans intérêt, en poursuivant l'assimiliaton indiquée plus haut, que la lésion de tissu aggrave aussi le pronostic des affections rénales. L'albuminurie offre en effet une signification très grave lorsqu'elle se lie à une altération du rein.

Les tumeurs du cerveau se compliquent rarement d'aliénation mentale. Lorsqu'elle se produit, elle est associée à un processus dégénératif. La dégénérescence du tissu cérébral est plus ou moins rapide suivant les sujets. Sa rapidité est grande habituellement dans la paralysie générale. On a constaté que cette affection offre une forme moins alarmante chez les héréditaires ; chez ces malades, les rémissions sont plus facilement obtenues. Cela tient à ce que ces natures instables succombent sous des influences légères et que leur tissu cérébral n'a pas le temps de subir de profondes atteintes ; aussi le traitement détermine-t-il plus aisément chez ces malades le retour à l'état normal.

La même remarque peut s'appliquer aux intoxications par

©BIUM

l'alcool, le plomb et la syphilis qui font naître, au début, des symptômes qui rappellent la paralysie générale commençante. Toutefois ces empoisonnements peuvent donner lieu, à la longue, à la paralysie générale confirmée. « De même, dit M. Savage, que la fonction peut faire le tissu, la fonction pervertie peut le détruire. Plus un poison est stable dans ses effets (plomb), plus il est apte à produire des lésions permanentes. »

L'orateur fait ensuite le tableau d'un de ces cas cliniques bien connus, caractérisés par une intoxication syphilitique originelle, puis par la paralysie générale et l'ataxie locomotrice. Il entre dans des considérations intéressantes sur la nature de la paralysie générale qui est le résultat, d'après lui, de l'usure du cerveau par défaut d'équilibre entre la dépense et la réparation de l'organe.

Les vésanies de la deuxième classe sont l'expression mentale d'une maladie de l'organisme. Celle-ci détermine un trouble de nutrition qui atteint le cerveau, dont les fonctions sont alors altérées. Les affections cardiaques se compliquent à l'état normal d'un état anxieux dont l'exagération devient du délire. Ce trouble fonctionnel prend sa source dans une nutrition incomplète du cerveau. L'anémie engendre l'aliénation mentale ; elle produit la dépression, la mélancolie avec stupeur ou avec démence partielle. Chez les personnes d'une constitution affaiblie, elle donne lieu au délire du soupçon et des persécutions. Les rapports de la phtisie et de la folie sont bien connus ; l'anémie occupe le premier rang parmi les causes qui produisent l'aliénation mentale chez les phtisiques.

Les affections du rein coexistent fréquemment avec des désordres mentaux et cette association se présente sous des formes très diverses. Le passage des matériaux morbigènes à travers le cerveau produira l'aliénation mentale chez un nervosique; un autre sujet deviendra simplement stupide, morose; un troisième présentera tous les degrés du délire hypocondriaque. Quoi qu'il en soit de ces variations, les maladies générales ont des désordres de l'entendement, un côté mental qui leur sont propres et permettent de les reconnaître.

On sait que l'aliénation mentale alterne souvent avec certaines affections nerveuses. Ces manifestations alternantes s'observent dans une même famille ou chez un même individu. M. Savage a vu chez quatre malades la folie alterner avec le diabète. Les manifestations successives de l'asthme et de l'aliénation mentale sont connues.

©BIUM

La troisième classe de vésanies comprend toutes les vésanies d'ordre fonctionnel ; ce sont les maladies mentales proprement dites. L'orateur considère l'esprit comme la base d'un édifice dont les sens sont les assises, reliées entre elles par un ciment, la mémoire, qui donne à l'édifice sa stabilité. Les défectuosités présentées par ces trois parties essentielles sont l'origine des diverses formes de lésions de l'entendement. Elles sont transmissibles dans la famille ; car de même qu'une modalité fonctionnelle normale passe du père au fils, la modalité fonctionnelle pervertie doit avoir la même propriété. Mais M. Savage insiste sur ce fait que les hallucinations, les perversions sensorielles peuvent céder au traitement moral. Il a été assez heureux pour voir disparaître certains délires d'origine sensorielle en leur opposant le simple raisonnement. Néanmoins ces succès, dont il cite quelques exemples, sont exceptionnels. Les guérisons sont fréquentes chez les hystériques, qui doivent parfois la cessation de la paralysie à une émotion vive, à une prière. Une thérapeutique semblable serait insuffisante pour réparer une lésion organique. Dans les vésanies du dernier groupe, la fonction seule est atteinte.

II. — *Rapports des mariages consanguins avec l'aliénation mentale ;* par le Dr Shuttleworth.

Ce travail lu à la séance annuelle de l'Association médico-psychologique contient quelques documents utiles à la solution de cette question délicate. Les efforts tentés en Angleterre pour la soumettre à une enquête publique, ont été infructueux. En 1871, une proposition de sir Lubbock relative à l'enregistrement des mariages consanguins a été repoussée par la Chambre des lords. En France, les maires ont été chargés de prendre note de ces unions ; mais la variété des statistiques fournies par divers auteurs permet d'admettre que ce service ne fonctionne pas d'une manière satisfaisante.

Tandis que M. Boudin relève 0,9 0/0 de mariages entre parents et 0,88 0/0 de mariages entre cousins germains, M. Dally affirme que ces dernières unions sont dans une proportion de 1,4 0/0. D'autre part, M. Legoyt, chef du bureau statistique, estime que les unions entre cousins germains forment 2 1/2 à 3 0/0 des mariages contractés en France.

En Angleterre, des recherches ont été faites autrefois par le

©BIUM

Dr Langdon Down qui n'avait trouvé qu'une proportion de 0,5 0/0 d'unions consanguines.

Le Dr Mitchell a donné le pourcentage de 1.5 pour l'Ecosse. En 1875, M. Georges Darwin, fils de l'illustre savant, a basé son étude sur le nombre des mariages entre individus du même nom. Il pense qu'à Londres les unions entre cousins germains sont dans un rapport de 1 1/2 0/0 avec les autres mariages. Le pourcentage n'est pas moindre de 2 1/4 0/0 dans la population rurale. M. Darwin a recherché dans les asiles d'idiots et d'aliénés l'influence nocive de la consanguinité. Son enquête a porté sur 4,308 malades dont l'histoire est bien connue. Il a trouvé les proportions de 3,4 0/0 pour l'Angleterre, de 5 1/4 0/0 pour l'Ecosse, pour les mariages entre premiers cousins. A Earlswood, 1,388 pensionnaires n'ont donné que 53 enfants issus de cousins germains. D'après cet auteur, la consanguinité ne mériterait pas les graves reproches qu'on lui fait, au moins en ce qui touche la genèse de la folie.

L'asile d'Earlswood a fourni encore des documents au Dr Grablaun, qui a publié en 1875 un intéressant mémoire dans le *British medical journal*. Ce médecin a relevé les admissions pendant six ans et demi. Il a constaté la consanguinité chez les parents dans 6 0/0 des cas, dans 3,8 0/0 au premier degré. Chez 2 0/0 des idiots admis, la dégénérescence ne reconnaissait d'autre cause. Il convient de remarquer néanmoins que plusieurs des enfants admis étaient issus des mêmes parents, ce qui réduit sensiblement cette évaluation.

Dans un travail publié en 1866 dans les « *London Hospital Reports* », le Dr Langdon Down donne les chiffres suivants :

Sur 152 enfants, 60 provenaient d'unions consanguines (environ 7 0/0); sur ce nombre, 46 (5.4 0/0) étaient fils de premiers cousins. Sur 20 cas pris au hasard, 15 avaient déjà la phtisie ou la folie ou la débilité mentale (3) dans la famille; chez un seul, on pouvait incriminer la consanguinité.

Notre confrère rend compte de ses recherches à l'asile de Lancastre (Royal Albert), où le nombre des cas observés est de 1,076. En en retranchant les réadmissions, le nombre des enfants à parenté connue n'est pas moindre de 960, sur lesquels on compte 46 cas de consanguinité. 26 parents sont cousins au premier degré; dans 10 cas, la parenté existait entre les aïeux et, dans les 7 autres, on l'a constatée à des degrés variables. A l'asile Royal-Albert, la consanguinité

©BIUM

existe donc dans une proportion de 5.1 0/0, les 2.9 0/0 étant cousins au premier degré. Malgré le peu de fixité de ces nombres, M. Shuttlenworth croit pouvoir admettre que les mariages entre cousins germains existent chez les parents des idiots des asiles dans la proportion de 3 à 5 0/0. Il ne partage pas entièrement l'optimisme du professeur Darwin, et pense que la différence entre la proportion des asiles et celle de la population ordinaire, 1 1/2 à 2 1/4 0/0, n'est pas négligeable. Elle permet d'assigner à la consanguinité une influence réelle, quoique peu marquée, dans la production de l'idiotie. On remarquera néanmoins que d'autres facteurs entrent en ligne dans le tiers des cas environ pour produire la dégénérescence physique et mentale. L'élément le plus important de la question est l'action de l'hérédité morbide qui s'intensifie par les mariages dans la famille. Il y a malheureusement chez les individus nervosiques une tendance à se rechercher et à faire souche. Dans les populations rurales immobilisées dans une région, cette tendance a les conséquences les plus désastreuses. Les unions consanguines y sont fréquentes et les idiots abondent. Mais les mariages conclus entre deux parents absolument sains, indemnes de tout vice héréditaire, placés dans de bonnes conditions hygiéniques, n'ont aucune action nocive sur la descendance.

III. — *Accroissement prétendu de l'aliénation mentale;* par le Dr Hack Tuke.

Si la statistique pouvait résoudre sans appel cette question si controversée, le travail du savant directeur du *Mental science* satisferait les optimistes, car ses conclusions sont formellement négatives. Les recherches de M. H. Tuke portent sur une période qui s'étend de l'année 1859 à l'année 1885. Au 1er janvier 1859, il y avait dans l'Angleterre et le pays de Galles 36,762 aliénés et idiots, en y comprenant les pensionnaires des workhouses. Au 1er janvier 1885, leur nombre s'élève à 79,704. Il y a donc eu un accroissement de 42,942.

En tenant compte dans cette statistique, de l'accroissement de la population, on trouve qu'à 10,000 âmes correspondent 100 aliénés ou idiots en 1859, 154 en 1885.

Tels sont les chiffres fournis par les documents officiels qui paraissent démontrer le fait grave de l'élévation du nombre des aliénés. L'auteur de ce travail étudie ce mouvement ascen-

©BIUM

sionnel par périodes quinquennales, et ce procédé l'a conduit à certaines découvertes intéressantes. Si l'on compare les périodes 1861-1865 et 1881-1885, la progression est de 37 0/0. D'autre part, entre les périodes 1871-1875 et 1881-1885, elle n'est plus que de 11,06. Le mouvement ascensionnel s'est donc soutenu depuis 1861, mais en se modérant d'une année à l'autre.

Le résultat reste le même, à peu de chose près, en supprimant les chiffres des workhouses. En 1859, les asiles contiennent 28,001 aliénés certifiés. En 1885, leur nombre est de 56,525, soit une augmentation de 28,524 ou 140 0/0. La proportion sur 100,000 âmes de population est en 1859 de 11,684 et de 20,555 en 1885. De même si nous prenons les périodes quinquennales 1861-1865, 1881-1885, nous trouvons pour la première 13,287, pour la seconde 19,921, soit un accroissement de 6,634 pour 10,000 âmes. Ces chiffres correspondent à une élévation du chiffre des aliénés certifiés de 50 0/0 moins une fraction. Si, d'autre part, on compare les périodes 1871-1875 et 1881-1885, l'augmentation n'est plus que de 19.30 0/0.

Mais la constatation la plus importante est tirée du nombre des admissions dans les asiles pendant les mêmes périodes. Le nombre des malades admis en 1859 est de 9,310. En 1885, il est de 14,774. Par rapport à la population, on trouve une augmentation de 14.4 0/0 ; si l'on prend 1869 et 1886, elle n'est que de 6.6 0/0. Enfin, entre les périodes 1871-1875 et 1881-1885, le pourcentage de l'augmentation n'est plus que de 5.86. A partir de 1878, le chiffre des admissions cesse de monter ; il subit même un commencement de décroissance pendant la période quinquennale 1881-1885.

Les résultats deviennent plus évidents, si l'on a soin d'éliminer les réadmissions et les transferts. On voit alors que la proportion des admissions est de 4,134 en 1869, pour 10,000 âmes de population. En 1885, cette proportion a varié à peine, car elle est de 4,210 et la différence du pourcentage n'est que de 1.84. Enfin, si l'on prend trois périodes consécutives de cinq ans, on trouve les chiffres suivants qui sont bien significatifs :

1871-1875,	4,294	(pour 10,000	âmes).
1875-1880,	4,613	—	—
1881-1885,	4,525	—	—

Notre savant confrère serre encore la question de plus près,

©BIUM

en limitant sa statistique aux premières attaques. En effet, les conclusions formulées par les auteurs qui l'ont précédé sont variables, parce qu'elles reposent toutes sur la même erreur. Si l'on fait entrer dans le calcul tous les aliénés traités d'un asile, le résultat devra subir des fluctuations en rapport avec la durée du séjour des malades et la mortalité de l'asile. Le seul fondement d'une bonne statistique de l'aliénation mentale, est le relevé exact des premières admissions. Malheureusement, cette partie du travail de M. Tuke est moins riche en documents, et les chiffres qu'il a trouvés ne datent que de 1878. Ces chiffres sont d'ailleurs défavorables à la thèse de l'accroissement de la folie, et ne permettent d'établir aucune conclusion sérieuse. En voici quelques-uns :

En 1875, le nombre des premières attaques a été de 8,354. En 1880, il est de 8,204; en 1884, de 9,054 et en 1885, de 8,527.

IV. — *Un cas médico-légal récent, où l'aliénation mentale a été discutée;* par A. Turnbull.

Margaret Roberston est une vieille femme qui a mis à mort deux petits enfants en les exposant à la flamme d'un fourneau. C'est le jour de l'an, que cet acte féroce a été commis. Elle se rendit de grand matin auprès de son fils pour commencer la fête et lui persuada de sortir avec sa femme pour aller voir une parente. Restée seule avec les enfants de son fils qui dormaient dans un berceau, elle accomplit son œuvre. Peu d'instants après, elle sort pour apprendre à son fils que ses enfants étaient morts. On accourait, et l'examen des lieux démontrait que le meurtre avait été commis avec sang-froid, avec une lenteur atroce. Les vêtements des enfants avaient été mis de côté, le berceau éloigné de sa place habituelle, etc.

Nous ne pouvons entrer dans les détails de cette cause. Nous retiendrons seulement que cette femme était une héréditaire, qu'elle a prétendu, au cours du procès, avoir eu des hallucinations terrifiantes de la vue. On savait enfin qu'elle avait absorbé une grande quantité d'alcool avant le crime. D'après les témoignages, elle n'était pas ivre néanmoins; quelques-uns ont déclaré qu'elle n'était pas dans son état normal. Le jury a écarté l'aliénation mentale et admis l'alcoolisme avec la responsabilité qu'il entraîne. On ne relèvera pas sans intérêt les doses d'alcool absorbées par cette femme à l'occasion de la nouvelle année.

Le gill est une mesure de 14 centilitres environ. Le 31 dé-

©BIUM

cembre, à six heures du soir, elle a pris un premier verre de whisky. Dans la soirée, entre neuf heures et dix heures, elle a bu sa part, avec deux amies, d'un gill de rhum, de deux bouteilles de bière et d'une bouteille d'ale. A dix heures et quart, elle prenait un gill et demi de whisky, et vers onze heures, un gill de rhum. Le lendemain, en arrivant chez son fils, elle avalait un verre de whisky; elle en fut indisposée et vomit, mais cet accident ne l'empêcha pas d'absorber plus tard un nouveau verre.

V. — *Cas d'intoxication saturnine chrónique avec épilepsie et aliénation mentale;* par William Ruxton.

Le malade, âgé de quarante ans, exerçait la profession de tailleur de limes. Son oncle paternel était mort de paralysie générale. A trente ans, il a eu la colique de plomb compliquée de paralysie du poignet droit. Entre temps, les symptômes s'amendaient sous l'influence du traitement pour reparaître avec une intoxication nouvelle. Quatre ans après l'admission du malade, l'épilepsie s'est montrée au cours d'une attaque de colique et a marqué l'invasion de l'aliénation mentale. A son entrée, le malade est considérablement débilité et amaigri. Il présente le liseré gingival et du tremblement de la langue sans embarras de la parole. Rien du côté des pupilles et de la vision. Il y a une légère parésie du poignet droit avec atrophie des interosseux et notamment des muscles du pouce et des extenseurs de l'avant-bras. Les réflexes sont partout exagérés. La démarche est normale. On constate enfin de l'anesthésie cutanée aux deux membres inférieurs. L'urine contient des traces d'albumine. L'état mental est caractérisé par de l'agitation avec tendance à se précipiter d'un lieu élevé. Pas d'hallucinations. Dans la suite, ce trouble mental s'est modifié et s'est réduit à des accès maniaques post-épileptiques.

Trois mois plus tard, le malade sort guéri, mais il a la mauvaise pensée de retourner à ses travaux, et rentre bientôt à l'asile à la suite de nouvelles attaques convulsives. Il présente cette fois de l'agitation maniaque, qui laisse après elle une démence incomplète. Nouvelle amélioration, nouvelle sortie suivie de la rentrée du malade après la reprise du travail. Les accidents convulsifs ont reparu pour la troisième fois, et le malade tombe dans la démence en dépit de l'amendement de ses symptômes physiques.

©BIUM

VI. — *Tendances suicides chez les imbéciles;* par le Dr W. Cobbod.

Bien qu'il soit rare, le suicide s'observe quelquefois chez les dégénérés. Pendant une période de quatre ans, le directeur de l'asile d'Earlswod a noté des tendances suicides chez six imbéciles. Ce trouble mental se présente sous trois aspects différents. Il peut compliquer un accès de mélancolie ; il est le résultat d'une idée fixe sans état émotif; il a le caractère d'un acte impulsif, que le mobile en soit inconnu, puéril ou absurde. Les tentatives qu'on observe chez les individus se font remarquer par l'absence de courage et de décision et aussi la promptitude avec laquelle elles sont oubliées par leurs auteurs.

Dr Pons.

JOURNAUX AMÉRICAINS

The alienist and Neurologist.

Année 1885.

I. — *De la responsabilité dans l'anesthésie alcoolique. — Affaiblissement et engourdissement des facultés intellectuelles et morales; inaptitude à distinguer le bien du mal. Etat mental déguisé par l'automatisme;* par le Dr T. L. Wright, de Bellefontaine.

L'anesthésie alcoolique paralyse les facultés intellectuelles, affaiblit singulièrement le sentiment de la personnalité et par suite la faculté de discerner le bien du mal. Cet état mental ainsi créé, une fois devenu chronique, se transmet par l'hérédité. L'auteur distingue nettement l'idée pure et abstraite que l'on peut avoir du bien et le sentiment du bien proprement dit : deux choses qui ne sont pas toujours associées.

L'activité de notre cerveau peut être consciente ou inconsciente, de là la distinction entre la vie responsable et la vie automatique, celle où le moi agit et celle où il n'agit pas. Mais il n'y a pas de limite bien tranchée entre ces deux modes de notre existence. L'anesthésie alcoolique donne souvent aux opérations intellectuelles tous les caractères de l'automatisme ; de là la difficulté extrême de ces cas judiciaires où l'on a à se prononcer sur la responsabilité d'un accusé. Cette action inhi-

©BIUM

bitrice de l'alcool sur l'intelligence peut devenir chronique et aboutir alors à la création d'habitudes qui, elles, sont absolument automatiques.

Chez l'homme, qui naît avec tous les instincts qui conviennent à la place élevée qu'il occupe dans la création, les opérations de l'esprit finissent elles-mêmes par devenir des habitudes; il en est de ces dernières comme de beaucoup d'actes matériels qui, une fois devenus des habitudes, ne demandent plus le concours de l'intelligence pour se produire.

Un criminel peut être jugé responsable, parce que ses actes, qui sont purement automatiques, ressemblent cependant à ceux de la vie ordinaire; mais lorsqu'une impulsion le pousse à des actes de violence, alors il n'agit plus sous l'influence de ses habitudes automatiques et l'on n'est pas en droit de conclure qu'il était capable de discerner le bien du mal au moment précis où il a commis son crime.

II. — *De l'hygiène du système nerveux et de l'esprit. — Rapports du système nerveux avec le choléra, sa prophylaxie et son traitement. — Guérison et traitement préventif de la dyspepsie considérée comme maladie nerveuse. — Diathèse névropathique, ses quarantaines et son traitement;* par le Dr C. H. Hugues, de Saint-Louis.

Il y a cent ans, Cullen faisait remarquer que tous les phénomènes du corps humain dans l'état de maladie sont sous l'influence du système nerveux. Cette remarque est encore vraie aujourd'hui malgré la découverte des microbes qui, après tout, ne sont que les causes potentielles des maladies et non les maladies elles-mêmes. On a vu successivement ranger dans le cadre des maladies nerveuses le goître exophtalmique, le choléra et la dyspepsie.

Le choléra, dont les manifestations sont essentiellement nerveuses, doit être efficacement combattu par des mesures d'hygiène, autant morales que physiques.

On doit avant tout rassurer les esprits et écarter toute cause de démoralisation, aussi bien que veiller avec soin à l'observation stricte des prescriptions habituelles. — Dans la longue lutte qu'il doit soutenir contre le fléau, c'est au système nerveux que le corps humain doit emprunter toute sa vigueur. Si, comme le veulent Koch et Klein, le bacille virgule doit être tué par le suc gastrique, c'est encore le système nerveux qui, en

©BIUM

commandant sa sécrétion, arrêtera la maladie. La conclusion pratique de ce fait, c'est qu'on combattra efficacement le choléra en provoquant la sécrétion gastrique par un aliment convenable. On doit compter également sur l'électrisation qui tonifie le système nerveux, sur le chloral qui amène un repos bienfaisant. Rappelant l'heureuse action exercée sur l'épidémie de choléra par le grand incendie de Saint-Louis en 1849, l'auteur en déduit l'utilité de la crémation pour détruire les bacilles.

La nécessité des mesures hygiéniques, relativement à la dyspepsie, devient de jour en jour plus évidente. Pour le Dr Hugues, les Américains sont une nation de dyspeptiques, parce qu'ils travaillent trop de la tête. Leur cerveau surmené ne fournit plus au système sympathique l'influx nerveux nécessaire et l'estomac s'en ressent inévitablement.

La dyspepsie est une maladie du système nerveux. C'était déjà l'avis d'Abercrombie et de Amariah Brigham. L'heureuse influence des bains, de l'air des montagnes et des voyages sur mer justifie cette assertion. Pour écarter les causes si nombreuses de dyspepsie nerveuse, le gouvernement devrait faire des réformes utiles. Un cerveau bien équilibré, un système nerveux vigoureux, c'est là toute la force d'un peuple.

De la diathèse névropathique. — Les inventions modernes, le téléphone, la lumière électrique, les chemins de fer, etc., en créant à l'homme des soucis nouveaux, ont été certainement la cause d'une grande déchéance nerveuse. Il y a chez nous trop d'aliénés et de gens à l'esprit faible. Un système nerveux mal équilibré engendre fatalement le vice et l'ambition. Pour être logique, un cerveau doit être vigoureusement constitué. L'éducation devrait avoir pour objet de favoriser le développement des centres nerveux supérieurs. L'histoire nous montre bien les conséquences de la dégénérescence cérébrale et nerveuse; beaucoup de révolutions pourraient être évitées avec des cerveaux mieux équilibrés.

L'hygiène du cerveau doit consister à ne pas favoriser sa congestion par le surmenage. Les crimes les plus épouvantables ont été commis sous l'influence de la folie. Les peuples doivent se préserver des névropathes aussi bien que des bombes de dynamite en ne se contentant pas seulement de les enfermer dans les asiles. Le mariage devrait être absolument interdit aux ivrognes qui engendrent presque fatalement des épileptiques, des idiots ou des aliénés.

C'est surtout par des mesures préventives que l'on pourra

©BIUM

écarter ce fléau de la diathèse névropathique, comme par la vaccination on se préserve de la variole. Ces questions de haute importance devraient faire l'objet de lois formelles. Si l'État peut légalement imposer des quarantaines pour le choléra, il a le droit et le devoir d'arrêter également les progrès d'un fléau plus redoutable encore. Nous avons à léguer à nos descendants quelque chose de mieux que toutes nos inventions modernes, c'est un cerveau bien constitué et un système nerveux plein de vigueur. C'est là l'œuvre à laquelle la génération actuelle a le devoir de se consacrer.

III. — *Un cas de folie au point de vue judiciaire. — John B. Hoffmann, accusé du meurtre de son fils, reconnu coupable et condamné à la pendaison;* par le Dr H. Illoway, de Cincinnati.

L'auteur, dans cette affaire, a plaidé la folie contre plusieurs autres médecins, il veut faire connaître les raisons sur lequelles il a basé son témoignage. L'accusé en question ne cherchait pas à se disculper; la seule raison qu'il donnât de son crime était que son fils était bâtard. Voici du reste l'histoire de l'accusé, racontée par lui-même :

C'était un honnête ouvrier de la Nouvelle-Orléans, il a été toute sa vie victime de la mauvaise conduite de sa femme qui, après l'avoir trompé avec un de ses amis, lui a mangé toute sa fortune et l'a obligé à quitter sa résidence. Elle le poursuivit à New-York, à Bellefontaine, et enfin essaya de l'empoisonner à Cincinnati en 1874, après l'avoir contagionné d'une maladie vénérienne. En 1878, il lui tira un coup de revolver; son fils fut accidentellement atteint et mourut. La même année, il tenta de se suicider. Enfin, en 1880, revenu à la Nouvelle-Orléans, il assassina son second fils sous prétexte qu'il était le bâtard de son ami.

Les témoignages recueillis à la Nouvelle-Orléans ont montré que dans cette histoire qui paraît si émouvante lorsqu'il la raconte lui-même, il n'y a pas un mot de vérité. Les personnes qui l'ont connu l'ont toujours dépeint comme un homme adonné à la boisson; plusieurs de ses anciens patrons le considéraient comme fou.

Il est évident que cet homme agissait sous l'influence d'hallucinations. La haine qu'il avait vouée à sa femme et par extension à ses enfants, cette idée fixe de la perte de sa fortune, enfin une démarche qu'il fit auprès du procureur, tous ces faits

©BIUM

étaient bien évidemment l'expression d'un délire et d'un délire de persécution tel, qu'il ne devait laisser à ce malheureux que deux alternatives : le meurtre ou le suicide. Les antécédents héréditaires sont de grande importance dans ces cas douteux. Or ce malade possédait dans sa famille de nombreux antécédents névropathiques, chez ses parents, chez son frère et sa sœur.

L'auteur termine en citant l'opinion du Dr Bra : « Les hallucinés sont des malades dangereux, il n'y a pas d'espoir de guérison ; le pronostic est peu favorable et le traitement consiste à exercer sur eux une surveillance active », et il affirme de nouveau devant l'opinion publique que John Hoffmann était bien un fou et un fou incurable.

IV. — *Quelques études cliniques sur les premières phases de l'ivrognerie;* par le Dr Crothers, de Hartford.

L'ivrogne ne réclame en général les secours des médecins que lorsqu'il est arrivé à la période tout à fait chronique de sa maladie, alors qu'il manifeste déjà des troubles de l'intelligence, tel qu'un changement du caractère ou du délire ; ou bien des symptômes d'affection organique du foie, du cœur ou de l'estomac. L'auteur étudie particulièrement, dans cet article, les phases initiales de cette affection et montre qu'à ce moment il est possible de l'enrayer par des moyens préventifs.

Ses conclusions sont les suivantes :

1° L'étude de l'ivrognerie montre qu'on est en face d'une maladie bien déterminée qui passe par plusieurs phases, et présente des symptômes nombreux et complexes ;

2° La période de début qui précède l'usage des alcools est marqué par des bizarreries dans le mode d'alimentation de l'individu, par de l'irritabilité nerveuse, symptômes qui semblent dépendre de l'hérédité ou de quelque trouble vague des centres nerveux ;

2° On peut rencontrer en outre une série de symptômes pathognomoniques, mais qui sont plus développés à une période plus avancée ;

4° Ces symptômes précoces apparaissent après les premiers abus d'alcool et, dans quelques cas, arrivent à leur plein développement, ou au contraire s'amendent rapidement sous des influences inconnues ;

5° Au point de vue pratique, le diagnostic et l'étude de cette période prémonitoire sont féconds en résultats au point de vue

©BIUM

du traitement préventif, et, par suite, mérite d'attirer l'attention des praticiens.

V. — *Des soins à donner aux aliénés ;* par le Dr John Curwen, de Warren.

Le traitement hospitalier des aliénés peut se diviser en trois chefs principaux : le traitement médical, l'hygiène et le traitement moral.

Les troubles organiques ou fonctionnels qui marquent souvent le début de l'aliénation mentale, surtout les troubles nerveux, réclament un traitement spécial qui varie suivant les cas. Les paroxysmes violents avec tendance au meurtre ou au suicide peuvent être réprimés par des moyens de contrainte, mais à la condition qu'il soit laissé au malade toute liberté de mouvement.

L'hygiène doit marcher de front avec le traitement médical. Un régime suffisamment copieux et varié, une grande régularité dans l'alimentation, dispensent souvent de l'emploi des stimulants et des narcotiques. Les soins de la peau, un exercice musculaire proportionné aux forces de l'individu, ne doivent pas être négligés. Les efforts physiques entraînent toujours une certaine perte de force nerveuse. Aussi l'exercice, que l'on a tant vanté, doit-il être proportionné à la vigueur du système nerveux et la fatigue doit être réparée par le repos et surtout par le sommeil ; les longues privations de sommeil précèdent souvent l'apparition des désordres mentaux.

Quant aux moyens capables de divertir l'esprit et de l'arracher à ses occupations habituelles, ils comprennent ce qu'on appelle le traitement moral. Ce qu'on doit surtout chercher, c'est la variété des exercices intellectuels, car la concentration de l'esprit et l'attention soutenue sont pour l'aliéné, plus que pour personne, une cause de fatigue.

Tout ce qui frappe les yeux et les oreilles remplira le but que l'on se propose. Mais on se heurte souvent à une indifférence et une inattention manifestes ; il faut alors des efforts longtemps soutenus pour détourner ces pauvres intelligences de la voie de dépravation où elles sont engagées.

Pendant le jour, des travaux manuels variés, des jeux, la lecture des journaux ; le soir et surtout lorsque les jours sont courts, des divertissements variant chaque jour doivent rompre la monotonie de leur existence, comme par exemple des repré-

©BIUM

sentations de lanterne magique, des peintures seront placées dans les différentes salles.

Toutes ces dispositions nécessitent fatalement des dépenses ; mais ce sont des adjuvants absolument nécessaires dans la folie et le but qu'on se propose est suffisamment élevé pour justifier de pareils sacrifices.

VI. — *De la commissure postérieure du cerveau;* par le Dr E. C. Spitzka, de New-York.

L'auteur rappelle l'opinion de Meynert qui considère la commissure postérieure, non pas comme une commissure véritable dans l'acception ordinaire du mot, mais comme un lieu de décussation des fibres qui se rendent de la couche optique au faisceau réticulé de la calotte. Or ses recherches personnelles l'ont amené à confirmer les vues du grand maître moderne de l'anatomie du cerveau.

C'est par la méthode des dégénérescences qu'il a obtenu ce résultat. Il a enfoncé une aiguille dans le cerveau d'un chat, de manière à lui couper la partie latérale de la couche optique ; l'animal maigrit, présenta des mouvements de manège. Sacrifié au bout de trois mois, on trouva :

1° Une atrophie énorme du noyau de la colonne de Burdach ;

2° La commissure postérieure existait, mais n'avait plus que la moitié de ses dimensions normales ;

3° Les fibres qui s'étendent de la couche optique à la commissure existaient à droite, mais pas à gauche ;

4° La portion terminale de la commissure, c'est-à-dire son irradiation dans la calotte existait encore à gauche, mais pas à droite ;

5° Il y avait à gauche et près du raphé médian, sous le faisceau longitudinal postérieur, un autre faisceau qui se continuait avec les fibres de la commissure postérieure ; ce faisceau était aminci à droite ;

6° Il y avait à droite, à côté de l'angle formé par les triples racines descendantes (?) et le faisceau longitudinal postérieur, un autre faisceau plus gros qui n'existait pas à gauche ;

7° Enfin, il existait une différence notable en faveur du côté gauche.

L'auteur termine par un schéma montrant les connexions de la couche optique avec la moelle allongée par l'intermédiaire de la commissure postérieure.

©BIUM

VII. — *Un cas de folie psycho-sensorielle (affective ou morale)*; par le Dr Hugues, de Saint-Louis.

Cette observation est celle d'un homme de cinquante-cinq ans, qui avait été admis à l'asile d'aliénés du Missouri, pour une forme de folie que l'on considérait comme une dipsomanie épileptique chronique.

Le début avait été marqué par des absences, une irritabilité spéciale du caractère et des libations clandestines ; cependant il ne donnait encore aucun signe de trouble intellectuel, il avait une certaine instruction et une santé générale satisfaisante. Sorti amélioré au bout de quelques mois, il rentra à l'asile de Saint-Louis deux mois après et y mourut cachectique et gâteux l'année suivante. Les accès d'épilepsie étaient peu fréquents et de courte durée ; il ne présenta jamais de conceptions délirantes ni d'autres troubles intellectuels qu'une grande bizarrerie de caractère, une impressionnabilité extrême et une grande ten dance aux actes violents. Il nous semble reconnaître dans cette observation, que le Dr Hugues décore de folie morale, l'état mental particulier, le caractère spécial que l'on observe habituellement chez les épileptiques.

VIII. — *De l'origine possible de certaines conceptions délirantes;* par le Dr S. B. Lyon, de Washington.

Il est particulièrement intéressant pour un observateur d'étudier l'état d'esprit des aliénés, de rechercher les mobiles qui les font agir et parler, et de voir à quel degré de désordre ils peuvent tomber. L'auteur désire dans cet article attirer l'attention sur des conceptions délirantes qui surviennent sous l'influence de rêves antérieurs. Ce fait, qui s'observe chez tout le monde, acquiert une intensité spéciale chez les esprits affaiblis par la maladie ou par l'âge.

Les rêves pénibles marquent souvent la période prodromique de la folie ; des idées d'homicide, de suicide, hantent souvent l'esprit et y déterminent une excitation anormale. Des exemples nombreux sont cités par Winslow, Bucknill, Tuke et Spitzka, dans son dernier livre, parle d'un cas de ce genre qui a été discuté à la Société médico-psychologique de Berlin. Le Dr Lyon relate l'observation d'une femme de soixante-seize ans, qui, après des revers de fortune, se prit à concevoir de nombreux soupçons à l'égard de son entourage qui, cependaut, lui était entièrement dévoué. Elle présenta alors une série d'idées déli-

©BIUM

rantes au sujet d'objets qu'elle ne possédait plus, de son mari mort depuis longtemps, d'un enfant qu'elle prétendait avoir mis au monde malgré son âge. Toutes ces idées se présentaient à son esprit comme de véritables souvenirs ayant toutes les apparences de la réalité. Elle n'avait aucune hallucination des sens spéciaux, une excellente mémoire, mais elle n'avait plus la faculté de discerner un rêve de la réalité. L'impression produite sur elle par un rêve allait en s'affaiblissant peu à peu et se réveillait un jour dans toute son énergie ; elle-même ne reconnaissait pas avoir de rêves.

IX. — *Des fous et de leur folie ;* par le Dr Henry Howard, de Montréal, Canada, auteur de la *Philosophie de la folie, du crime, de la responsabilité, etc.*

« What folly 'tis to hazar life for ill. » — Shakespeare.

« The world contains one thousand, for hundred and twenty-« four millions of inhabitants — Mortly fools. » — Carlyle.

Quel est le sens de cette pensée de Carlyle? Il a voulu entendre par fous tous les criminels de l'univers. Or qu'est-ce qu'un criminel? C'est un homme qui a rompu avec toutes les lois de la nature, par suite des imperfections de sa *matière pensante*. Cette *matière pensante* a, comme toute matière, sa structure et ses fonctions propres. Tout trouble survenant dans sa structure, et par suite dans ses fonctions, se traduit en actes immoraux ou insensés. Ces troubles sont d'origine tératologique ou pathologique. Dans le premier cas, on a affaire à un idiot; s'il est encore jeune, son intelligence peut encore se modifier ; s'il est déjà âgé, on n'a qu'à l'enfermer. Quant à la seconde catégorie, elle comprend les maniaques que l'on peut traiter scientifiquement avec le plus grand succès. C'est là une vérité qu'il est difficile de faire pénétrer dans le monde judiciaire.

On croit généralement qu'un homme habile, un beau parleur, est nécessairement un homme intelligent. Or, beaucoup de gens immoraux possèdent ces prétendues qualités. Mais un homme véritablement intelligent est nécessairement un honnête homme. Intelligence et moralité sont les produits des cellules nerveuses les plus élevées de l'écorce cérébrale.

Il est un fait bien établi, c'est que les centres nerveux les plus élevés au point de vue de leurs fonctions sont les moins bien organisés au point de vue de la structure. Cela pour deux raisons : les centres supérieurs ne servent pas d'une façon im-

©BIUM

médiate à la vie, et ensuite ce sont ceux qui se développent les derniers et qui déclinent les premiers. Chez l'enfant, ce sont les facultés instinctives, automatiques et réflexes qui dominent; l'homme intelligent est gouverné par les centres intellectuels, mais lorsque, par le fait d'une cause pathologique, cette fonctions de l'intelligence vient à s'affaiblir, il redevient soumis à l'instinct, aux fonctions automatiques ou réflexes, comme on le voit dans l'ivresse qui n'est qu'une folie passagère.

Ces lois physiologiques expliquent suffisamment comment un homme intelligent doit être nécessairement moral et comment un criminel est fatalement un fou. Les centres supérieurs sont les derniers à se développer et, à cause de leur organisation peu élevée, les premiers à déchoir; mais leur déchéance n'amène pas la mort, il n'est pas rare de voir des aliénés atteindre un âge très avancé.

On peut comparer le système nerveux au système circulatoire, l'influx nerveux au sang, le cerveau au cœur et les lésions pathologiques des nerfs aux lésions des vaisseaux, lesquelles, les unes comme les autres, peuvent retentir sur l'organe central. En considérant la multiplicité des nerfs périphériques et de leurs fonctions, on ne doit pas s'étonner du nombre considérable de causes qui peuvent engendrer la folie, par suite de la difficulté que souvent on éprouve à établir le diagnostic exact de tel ou tel cas particulier, et d'instituer un traitement vraiment scientifique.

Cette loi physiologique que nous avons établie au sujet du développement et de l'organisation des centres nerveux est exactement applicable aux organismes de toute la série animale. Toutes choses égales d'ailleurs, la femme est moins intelligente que l'homme; ses facultés instinctives sont plus développées; son éducation ne doit pas être moins élevée, mais elle doit être différente de celle de l'homme et mieux en rapport avec son organisation physique. Quant au traitement de la folie d'origine tératologique, l'éducation, les influences des milieux, l'exclusion des livres sont les moyens que les parents ou les professeurs devraient mettre en usage aussi prématurément que possible.

Une expérience de vingt années a amené l'auteur à cette conclusion, à savoir qu'il est contraire à la science, à la morale et à la logique de punir un criminel, qu'on doit le considérer comme aliéné et par suite le traiter comme tel. Le public, dans ces dernières années, a paru prendre d'une façon toute spéciale les intérêts des aliénés et il s'est élevé un tollé général contre

©BIUM

les médecins, comme si tout ce qu'on a fait dans ce dernier quart de siècle n'avait été fait ou inspiré que par les membres du corps médical. De là des législations insensées comme celle de la province d'Ontario, qui interdit à tout médecin de faire un certificat de folie.

Les gouvernements ne doivent pas prendre les vociférations du peuple pour l'opinion publique. Mais que les hommes de science ne se découragent pas ; lorsqu'avec le temps on sera arrivé à voir l'ordre social régi par l'intelligence et l'équité, alors tous les criminels seront traités comme des fous et l'on reviendra à l'assertion de Carlyle en reconnaissant que la plupart des hommes sont fous.

X. — *Des lésions cérébrales dans la folie chronique;* par le Dr H. E. Allison, de Villard, New-York.

Le cerveau, malgré la supériorité de ses fonctions, n'échappe pas aux altérations que la maladie imprime aux autres organes du corps. La folie, lorsqu'elle dure un certain temps, finit par créer des lésions qui deviennent permanentes, qui ont acquis toute leur intensité au moment de la mort et dont l'étude anatomique peut nous éclairer sur la nature même de la folie.

On a déjà fait une classification des espèces d'aliénation mentale, basée sur les lésions cérébrales. Mais il est difficile de déterminer la présence de ces lésions sur le vivant, et la folie est souvent assez passagère pour ne laisser aucune trace.

L'analyse de 33 observations accompagnées d'autopsie en a montré 24 où des lésions avaient été constatées. C'étaient des tumeurs fibreuses à siège variable, des épanchements séreux sous-arachnoïdiens, des caillots sanguins, des épaississements des méninges, une perte de substance au niveau du lobe frontal, des tubercules cérébraux, des lésions athéromateuses accompagnées de ramollissements.

Etant donné le nombre assez considérable de cas de folie avec lésions curables, l'auteur en conclut que chez de pareils malades on peut espérer souvent une amélioration, sinon une guérison définitive.

XI. — *De la construction des asiles au point de vue de la répartition des différentes formes de folie;* par le Dr W. W. Godding, de Washington.

Les personnes à qui l'État confie la construction de ces établissements tombent en général dans deux excès opposés : ou

©BIUM

bien ils sacrifient le confortable à l'élégance, ou bien ils sont d'une parcimonie exagérée. Sans entrer dans d'autres détails, l'auteur s'en tient au point de vue de la construction d'un établissement capable de recevoir mille malades. La beauté et la salubrité du site, l'abondance de l'eau, la proximité des marchés, voilà tout d'abord ce que l'on doit demander pour un asile. Sur les mille places, on doit en réserver un nombre proportionnel pour les infirmes, les épileptiques, les convalescents, les furieux et, sur ce nombre, on doit distinguer au moins huit classes au point de vue de l'aménagement des bâtiments.

Les fous furieux, les épileptiques réclament des dispositions et des dépenses particulières ; ce qu'on doit surtout rechercher, c'est leur propre sécurité, au moyen de chambres d'isolement, de lits spéciaux.

Certains malades malpropres exigeront les soins de gardes-malades particuliers et aussi des locaux pouvant facilement se désinfecter. Les malades bruyants seront relégués dans des bâtiments à part ; ils exigeront une dépense d'au moins 500 dollars par tête. Quant aux aliénés qui sont portés au suicide, ils seront placés dans des locaux où la surveillance puisse être facile et continuelle. Un bâtiment aussi agréable que confortable sera réservé aux convalescents. Une infirmerie vaste et bien disposée recevra les infirmes de tout genre. Les aliénés valides seront utilisés à des travaux variés. Enfin de vastes cuisines, des bains turcs et autres, des salles de lecture garnies de tableaux compléteront l'installation.

XII. — *Quelle conduite faut-il tenir à l'égard des ivrognes ?* Discours prononcé par le Dr J. L. Hallam devant l'Association médicale du sud de l'Illinois.

L'orateur reprend devant cette société la vieille question de l'ivrognerie que beaucoup considèrent encore comme une violation de la loi morale, plutôt que comme la manifestation d'un état morbide de l'esprit. Cette question ne peut être résolue que par les médecins qui doivent surtout se demander si les modifications que présentent les cerveaux des ivrognes se transmettent par l'hérédité. Les aliénistes sont arrivés à des conclusions assez nettes sur cette question et ont fait passer dans l'esprit des juges et du public cette opinion que l'ivrognerie est le fait d'un état mental pathologique. L'orateur engage les membres de la société à se prononcer à leur tour. Si l'ivro-

©BIUM

gnerie est une maladie, déclarons-le hautement. C'est à nous, médecins, à enrayer la marche de ce fléau.

XIII. — *Examen psychologique du cas de Lucille Yseult Dudley;* par le Dr Edward C. Mann, de Brooklyn, New-York.

L'auteur rapporte l'histoire de Lucille Yseult Dudley qui récemment a commis une tentative de meurtre sur la personne de O'Donovan Rossa. Cette femme était atteinte d'épilepsie héréditaire. Avec une intelligence très vive et un jugement très sûr, elle présentait cette déchéance mentale et cette irritabilité nerveuse excessive qui caractérise l'épilepsie. Elle avait des impulsions irrésistibles de meurtre et de suicide et devait être considérée comme irresponsable. L'auteur développe longuement les raisons sur lesquelles il appuie sa manière de voir, en citant les principaux auteurs qui ont écrit sur ce sujet. Dans ce cas particulier, son plaidoyer a eu gain de cause, car il obtint devant le jury un verdict de non-culpabilité.

XIV. — *Notes sur la pathologie de l'idiotie;* par le Dr A. W. Wilmarth, superintendant assistant de l'asile de Pensylvanie pour les enfants idiots.

L'auteur publie dans ce mémoire un certain nombre d'observations d'idiotie avec lésions évidentes.

Asymétrie crânienne. — L'asymétrie de la voûte crânienne est plus fréquente chez les idiots. L'auteur a trouvé fréquemment une dépression marquée en arrière et au-dessus de l'oreille provenant, pour quelques cas du moins, d'une compression produite par le forceps. Au niveau de la base, il a vu souvent les éminences osseuses hypertrophiées, surtout la petite aile du sphénoïde, des déformations de l'apophyse crista galli, des épaississements des parois crâniennes dans un cas, une adhérence totale de la dure-mère dans deux cas.

Le poids du cerveau est très variable; dans les seize cas que l'auteur rapporte, on constate des poids légers et des poids excessifs dus à une véritable hypertrophie de l'organe.

Le rapport du poids du cervelet à celui du cerveau, qui est normalement de 1/8 chez l'adulte, était de 1/7 chez les malades observés.

Les anomalies du développement sont fréquentes. L'auteur en cite trois observations importantes. Dans l'une, il y avait absence du corps calleux; sclérose du lobule paracentral droit et du lobe occipital droit, l'enfant, âgé de neuf ans, était muet

©BIUM

et épileptique. Dans la seconde, il y avait anomalie du corps calleux, et malformation des organes génitaux et du cœur. C'était une fille de onze ans, muette et paralytique. Enfin, dans la troisième, on constatait une anomalie de développement de la partie postérieure des deux hémisphères, c'était un homme âgé de vingt ans, complètement idiot et muet.

Chez trois épileptiques idiots, l'auteur a trouvé des lésions des hémisphères. L'un, âgé de seize ans, avait avec son épilepsie une hémiplégie droite avec aphasie. A l'autopsie, on trouva deux masses de sclérose au niveau de la circonvolution frontale ascendante. Chez le second, âgé de quarante et un ans, on trouva un ramollissement de la portion postérieure de la circonvolution pariétale supérieure, qui n'avait pas donné lieu à d'autres symptômes que l'épilepsie. Le troisième cas est celui d'une femme âgée de vingt-deux ans qui, avec une atrophie considérable du grand hippocampe gauche, ne montrait aussi que des symptômes d'épilepsie.

Dans l'idiotie congénitale, l'arrangement des circonvolutions est en général simplifié; elles sont plus grosses et dépourvues de plis secondaires; elles se confondent entre elles et les scissures, qui les séparent, deviennent de moins en moins nombreuses. Mais ces modifications de l'écorce cérébrale sont peu importantes et incapables en somme de nous donner l'explication des troubles intellectuels si profonds que l'on observe. C'est du côté des lésions microscopiques de la substance cérébrale que l'on doit surtout porter son attention.

XV. — *Des rapports entre les symptômes et les lésions médullaires de la sclérose spinale postérieure;* par le Dr E. C. Spitzka, de New-York.

L'auteur, s'appuyant sur les travaux des divers auteurs qui ont écrit sur ce sujet et sur ses observations propres, conclut que l'on peut à juste titre attribuer :

1° Aux lésions du cordon de Goll, les troubles du sens musculaire dans les extrémités inférieures;

2° A celles de la bande interne du faisceau de Burdach, les troubles correspondants dans les membres supérieurs;

3° A celles du faisceau triangulaire bordant la périphérie de la moelle au niveau de l'entrée des racines postérieures, l'analgésie;

4° Enfin, aux lésions de la colonne de Clarke et des tractus

©BIUM

cérébraux directs (de Foville), les troubles qui surviennent dans le sens de l'espace.

XVI. — *Note sur une forme de folie post-névralgique encéphalotrophique ou cérébrasthénique;* par le Dr C. H. Hugues, de Saint-Louis.

L'auteur a observé dernièrement deux cas qui semblent rentrer dans le cadre de cette forme particulière d'aliénation mentale, et viennent confirmer ce fait bien établi : à savoir que la folie peut être l'expression symptomatique aussi bien d'une dégénérescence cérébrale que d'une surexcitation, de l'anémie aussi bien que de l'hyperémie du cerveau.

Dans ces deux cas, c'est la cure d'une névralgie ou l'amélioration des symptômes qui semble avoir été la cause déterminante des troubles mentaux. On connaît du reste les troubles céphaliques et les phénomènes de congestion cérébrale qui accompagnent le tic douloureux de la face.

La première observation est celle d'une malade traitée pendant de longues années pour des troubles utérins et qui n'avait pas autre chose qu'une névralgie persistante. Une fois guérie de sa névralgie, elle présenta un mois après des symptômes d'aliénation mentale sous forme de manie aiguë. Cette manie fut traitée et guérie, alors la névralgie reparut.

La seconde observation est relative à un capitaine qui présentait des troubles variés d'intoxication palustre. Guéri d'un accès aigu par des purgations et de la quinine, il vit immédiatement apparaître une névralgie sciatique intense. La malaria n'était qu'un épiphénomène ; la cause réelle de cette névralgie avait été l'ennui et le surmenage (?), la cause occasionnelle un traumatisme qu'il avait reçu dans la région lombo-sacrée et qui s'était terminé du reste par un abcès.

La névralgie, une fois guérie par la galvanisation, fut remplacée par une insomnie continuelle et une agitation très grande qui durèrent cinq mois. Les symptômes qu'il présenta à ce moment furent, d'après l'auteur et le médecin de la famille, des symptômes typhoïdes. C'était, dit-il, une forme de fièvre typhoïde *neuratrophique* ou *neurasthénique* (?).

Quoi qu'il en soit, ces deux observations semblent bien établir ce fait clinique que des troubles d'aliénation mentale peuvent succéder à une névralgie et la remplacer en quelque sorte.

Dr Albert Carrier.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

Paralysie alcoholica, paraplégia alcoholica (*De la paralysie alcoolique et de la paraplégie alcoolique*) ; par le Dr Korsakoff. 1 vol. in-8°, Moscou, 1887.

C'est une monographie de 462 pages avec 5 planches. L'auteur y a réuni tout ce qu'on a écrit sur la paralysie alcoolique dans les différents pays d'Europe. Il nous donne 144 observations dont 124 prises chez les différents auteurs et 20 personnelles. Dans notre exposé rapide, nous allons suivre l'auteur chapitre par chapitre.

Le premier chapitre est consacré à l'historique. Avant 1852 on ne trouve que des indications vaguement formulées sur les phénomènes paralytiques chez les alcooliques. Il faut arriver à Magnus Huss, qui en 1852, a le premier décrit et isolé en groupe morbide la paralysie alcoolique. Pour Magnus Huss, c'est un trouble fonctionnel du système nerveux. Viennent ensuite Lancereaux et Leudet qui, les premiers (1865), insistent sur les lésions organiques du système nerveux dans cette paralysie. A partir de cette époque, surgit une série de travaux sur le même sujet. Nous citerons Westphal (1870), Schreiber (1880), Myrlte (1882), Deschfeld (1884), Broadbent (1884), Barlow (1884), Hadden (1884), Lœwenfeld (1884), Krüche (1884), Déjerine.

Le meilleur travail est encore celui de Lancereaux, qu'il a publié en 1881. Les derniers travaux sur la paralysie sont ceux d'Œttinger, élève de Lancereaux, de Schulz, Vievord, Kohler et Pick.

Le chapitre II est rempli par les 144 observations; l'auteur a condensé ces observations en un tableau très complet des symptômes, que nous regrettons de ne pas pouvoir reproduire ici.

Dans le chapitre III, l'auteur étudie un à un ces différents symptômes :

1° La vie psychique est altérée dans la période prodromale et marche parallèlement aux différents troubles de sensibilité et de motilité qui caractérisent cette période.

2° Les phénomènes paralytiques sont symétriques et prédominent dans les membres inférieurs, mais faiblement accusés dans les membres supérieurs; ils manquent le plus souvent dans les muscles du tronc et se manifestent rarement et pour un temps très court dans les organes du petit bassin.

©BIUM

3° Les muscles les plus éloignés du centre sont le plus souvent frappés et les extenseurs de préférence aux fléchisseurs.

4° Le degré de paralysie est variable, la paralysie complète est rare; la parésie plus ou moins prononcée, la règle.

5° Les muscles s'émacient, quelquefois s'atrophient et on constate la réaction de dégénérescence.

6° Douleurs spontanées (lancinantes) et provoquées (hyperesthésie des muscles et de la peau).

7° Il y a analogie entre la distribution des troubles moteurs et des troubles de la sensibilité; le sens de la température et de la sensibilité aux courants induits sont altérés ou abolis dans la paralysie alcoolique.

8° Les contractures sont fréquentes et souvent précoces.

9° Les réflexes tendineux disparaissent de bonne heure, les réflexes cutanés sont souvent conservés.

10° Les troubles psychiques se présentent tantôt sous la forme d'une faiblesse irritable très accusée, tantôt sous forme d'incohérence avec hallucinations, le plus souvent c'est un affaiblissement de l'intelligence avec diminution de la mémoire, surtout de la mémoire d'évocation; le souvenir de faits récents est souvent complètement perdu, le jugement restant à peu près intact. L'auteur considère le tableau des troubles psychiques et surtout la dernière modalité comme un élément caractéristique de la paralysie alcoolique.

Dans le chapitre IV, l'auteur étudie l'ataxie alcoolique et la considère comme une forme peu accusée de la paralysie alcoolique.

Le chapitre V est consacré à l'anatomie pathologique : le substratum anatomique est une névrite parenchymateuse multiple et périphérique, constatée même une fois dans le nerf vague et le nerf phrénique.

Les lésions des centres n'existent pas toujours, cependant on a constaté assez souvent : 1° l'atrophie et la vacuolisation des cellules nerveuses; 2° l'altération des vaisseaux qui sont gorgés de sang; 3° des petites hémorrhagies disséminées; 4° la prolifération du tissu conjonctif qui est surtout prononcé dans les cordons postéro-latéraux; cette prolifération de tissus peut devenir systématisée.

Chapitre VI. Etiologie; abus d'alcool. Le séjour dans une atmosphère saturée de vapeurs d'alcool suffit quelquefois : généralement, c'est une maladie intermittente comme une maladie du cœur, des poumons, l'épilepsie, un choc moral qui fait éclater la paralysie.

Le chapitre VII traite du diagnostic différentiel avec les diverses paralysies toxiques.

Le chapitre VIII nous donne la théorie de la maladie. Il y a

©BIUM

une intoxication de tout le système nerveux, et comme les nerfs périphériques se trouvent dans les conditions de *nutrition* moins favorables, c'est à eux que le mal s'attaque.

D'ailleurs, d'après l'auteur, la paralysie alcoolique, comme les autres paralysies toxiques, ne présente pas une entité morbide au sens strict du mot. Au fond, ce ne sont que des variétés du syndrome décrit par Duchenne sous le nom de paralysie spinale générale; mais comme chaque paralysie a une physionomie tout à fait spéciale et caractéristique, on peut en faire, comme pour la paralysie alcoolique, des groupes morbides isolés.

Les chapitres IX et X sont consacrés au diagnostic, au pronostic, et au traitement.

Voici quelques chiffres :

Sur 114 cas nous trouvons :

Guérison	32
Amélioration	45
Mort	52
Terminaison inconnue	12

Les principales indications du traitement sont : la diète lactée, l'électricité et l'hydrothérapie.

Le chapitre XI, très court, est consacré à la médecine légale. L'auteur revient sur cette particularité que ces malades peuvent très bien conserver leur jugement et le raisonnement quand il s'agit d'apprécier les faits présents, mais qu'ils oublient immédiatement ce qu'ils ont fait et peuvent signer par exemple le même papier d'affaires par deux ou trois fois dans la même journée; dans ce cas, ils sont irresponsables et l'auteur croit qu'il est nécessaire de donner aux malades de ce genre un tuteur qu'ils peuvent d'ailleurs choisir eux-mêmes, le raisonnement étant intact, ou peu compromis.

Rien que par ce court résumé on voit que c'est un travail très complet sur la paralysie alcoolique ; l'auteur a étudié la question à fond et pour quelqu'un qui veut se rendre compte de l'état actuel de la question ou chercher des indications bibliographiques, ce livre est inappréciable ; il est plein en outre d'apefçus originaux. Nous attirons particulièrement l'attention sur la description de l'état mental que l'auteur a cherché à isoler en syndrome clinique, particulier à la paralysie alcoolique.

Nous n'avons qu'à regretter de voir le chapitre consacré à la médecine légale si écourté à côté d'autres très longs et qu'on aurait pu abréger sans inconvénient.

S. LWOFF.

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

— M. le Dr Ph. Rey, médecin en chef de l'asile de Marseille, a été élu conseiller général du canton nord de Carpentras (Vaucluse).

— *Arrêté du ministre de l'Instruction publique en date du* 13 *juillet* 1889 : Est nommé officier de l'instruction publique, M. le Dr Collineau (Alfred-Charles), secrétaire général de la Société pour l'instruction élémentaire, membre de la Société médico-psychologique.

— *Décret du* 8 *août* 1889 : M. le Dr Lemoine, agrégé des Facultés de médecine, médecin-adjoint de l'asile de Bailleul, est nommé, à partir du 1er novembre 1889, professeur de thérapeutique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille (chaire transformée).

— *Arrêté du* 1er *juillet* 1889 : M. le Dr Gilbert Petit, ancien médecin adjoint à l'asile d'Armentières, est nommé médecin adjoint à l'asile d'Alençon (poste créé), et placé dans la 2e classe de son grade (2,500 fr.).

— *Arrêté du* 13 *août* 1889 : Sont promus pour prendre rang à partir du 1er juillet 1889: MM. les Drs Taguet, médecin-directeur de l'asile de Lesvellec (Morbihan) et Doutrebente, médecin-directeur de l'asile de Blois, à la classe exceptionnelle de leur grade (8,000 fr.); MM. les Drs Dubief, directeur de l'asile de Marseille, et Marandon de Montyel, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, à la première classe de leur grade (7,000 fr.); M. le Dr Gallopain, directeur-médecin de l'asile de Fains (Meuse), à la deuxième classe (6,000 fr.);

Sont promus : à la classe exceptionnelle de son grade (4,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1er août 1889 : M. le Dr Ramadier, médecin adjoint de l'asile de Vaucluse; à la première classe de leur grade (3,000 fr.), MM. les Drs Déricq, médecin adjoint de l'asile de Prémontré; Boiteux, médecin adjoint de l'asile de Clermont; Meilhon, médecin adjoint de l'asile d'Aix, pour prendre rang à partir du 1er juillet 1889; M. le Dr Legrain, médecin adjoint à l'asile de Vaucluse, pour prendre rang à partir du 1er août 1889, et M. le Dr Ver-

©BIUM

NET, médecin adjoint de l'asile de Pau, pour prendre rang à partir du 1er septembre 1889.

— *Arrêté du* 16 *août* 1889 : M. le Dr CAMPAN, directeur-médecin de l'asile de Rodez, est promu à la première classe de son grade (7,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1er août 1889.

NÉCROLOGIE.

Dr J. COTARD. — Nous avons la profonde douleur d'annoncer la mort de notre excellent collègue et ami, le Dr Jules Cotard, médecin de la maison de santé de M. le Dr J. Falret, à Vanves, et ancien président de la Société médico-psychologique.

Cette mort a été entourée de circonstances tout particulièrement poignantes. Il y a un mois à peine, un des enfants de notre ami, une fillette de huit ans, était prise d'une angine couenneuse. Cotard, n'écoutant que son amour paternel et son dévouement professionnel, ne quitta plus un instant son lit ; jour et nuit, pendant près de quinze jours, il se prodigua auprès de la petite malade. Ces soins assidus et dévoués furent couronnés de succès, mais à quel prix ! Le 13 août, il m'écrivait pour m'annoncer de bonnes nouvelles sur la santé de sa fille, son amélioration très sensible, sa guérison prochaine ! Le lendemain, hélas ! il s'alitait à son tour pour ne plus se relever. Victime de son dévouement, il avait contracté la diphtérie. Malgré tous les soins imaginables qui lui furent donnés par ses amis le professeur Ch. Bouchard et les Drs Chantemesse et Langle, malgré la trachéotomie faite le lundi 18 août, à trois heures du matin, notre pauvre ami rendait le dernier soupir, quelques heures après, entre les bras de sa femme, et entouré de sa famille et de ses amis.

Né à Issoudun (Indre), le Dr J. Cotard n'avait que quarante-neuf ans. Après d'excellentes études classiques qu'il vint terminer à Paris, il commença sa médecine, se fit recevoir interne des hôpitaux. Tous ses chefs de service, Broca, Charcot, etc., le considéraient comme un de leurs meilleurs élèves et fondaient sur lui les plus grandes espérances. Cotard, en effet, avait au plus haut degré deux qualités essentielles pour l'étude de la médecine : l'esprit généralisateur et le sens clinique. Il avait puisé le premier et l'entretenait constamment dans la société des philosophes ; le second lui était de la plus grande utilité pour contrebalancer ce que pouvaient avoir de trop absolu ces lectures philosophiques. Ses tendances intellectuelles et morales l'entraînèrent vers les idées d'Aug. Comte. Dès l'époque de son internat, il se mit à lire les œuvres de cet illustre penseur, et, de simple curieux, il devint bientôt disciple. Il resta jusqu'à

©BIUM

la mort fidèle à la doctrine du maître, dont il prisait surtout la haute portée morale.

L'année d'internat qu'il passa dans le service de M. Charcot fut décisive. Il y prit le goût des recherches sur la pathologie du système nerveux. Dès 1865, il publiait, en collaboration avec son chef de service, un travail sur le *zona du cou*, qui fut communiqué à la Société de biologie; au mois de décembre de la même année, il lut à la même société, au nom de son collègue d'internat J.-L. Prévost et au sien, un remarquable mémoire, intitulé : *Etudes physiologiques et pathologiques sur le ramollissement cérébral*. Trois ans après, il soutenait sa thèse, dont l'éloge n'est plus à faire. Malgré les progrès de la science en neuropathologie, on cite encore cette excellente *Etude sur l'atrophie partielle du cerveau*.

Après les épreuves si cruelles de la guerre de 1870 et de la Commune, Cotard s'était mis résolument à l'œuvre pour suivre la voie des concours. Entre temps, il suivait la visite du professeur Lasègue à l'infirmerie spéciale du dépôt de la préfecture de police. Les études de médecine mentale l'attiraient; il fut bientôt complètement pris par elles, et l'occasion s'en présentant, il versa du côté où il penchait : il abandonna le concours des hôpitaux et devint médecin aliéniste. C'est dans le courant de l'année 1874 qu'il entra en qualité de médecin adjoint à la maison de santé de Vanves. Ce qu'il fut dans ses difficiles et délicates fonctions, personne ne pouvait mieux le dire que M. Falret, et il l'a exprimé sur sa tombe avec une émotion qui a profondément touché l'auditoire.

Cotard, au milieu de ses nombreuses occupations, trouvait le temps d'écrire d'importants mémoires, renfermant tous une idée originale. Citons tout particulièrement : *Diabète et aliénation mentale*, in *Archives générales de médecine* (1877); *du délire hypochondriaque dans une forme grave de la mélancolie anxieuse*, in *Annales médico-psychologiques* (1880); et dans les *Archives de neurologie*, les mémoires suivants : *Du délire des négations* (1882); *Perte de la vision mentale dans la mélancolie anxieuse* (1884).

Notre regretté collègue était un des plus assidus aux séances de la Société médico-psychologique; il y a fait des communications très intéressantes : en 1878, il vint apporter une modification qu'il a faite à la sonde œsophagienne et qui en facilite l'emploi; dans ces dernières années, il prit une part active aux discussions sur la folie héréditaire et sur le délire chronique; et en mars 1888, communiqua son travail sur le *délire d'énormité*. Il s'était fait inscrire au Congrès international de médecine mentale pour la lecture d'un mémoire sur l'*origine psycho-motrice du délire*. Dans les circons-

©BIUM

tances douloureuses où il se trouvait, il me chargea d'en donner lecture; tous ceux qui ont assisté à la séance du mardi matin 5 août, n'oublieront ni le succès qu'eut ce travail original, ni l'intéressante discussion qu'il souleva, et auquel notre pauvre ami ne put prendre part.

Que dire des belles qualités de cœur de Cotard qui n'ait été dit sur sa tombe? Ses obsèques purement civiles, si belles dans leur touchante simplicité, eurent lieu le 21 août 1889. L'affluence y était considérable. Outre la plupart des membres de la Société médico-psychologique, on y remarquait un grand nombre de ses anciens camarades d'internat ; mais ce qui frappait, c'était la foule émue et recueillie des habitants de Vanves : c'est que Cotard a été un bienfaiteur dans le pays, il a été tout à tous, toujours debout, toujours prêt à secourir ceux qui faisaient appel à son dévouement.

Quatre discours ont été prononcés sur sa tombe dans l'ordre suivant : par M. le Dr Ant. Ritti, au nom de la Société médico-psychologique; par M. Keufer, au nom du Cercle prolétaire des positivistes, dont Cotard était membre honoraire; par M. le Dr J. Falret, au nom de la maison de santé de Vanves; enfin par M. le Dr Gréhant, au nom de la Société de biologie. Nous reproduisons trois de ces discours, qui, par les renseignements qu'ils contiennent sur le caractère et l'œuvre de notre ami, compléteront cette courte notice.

Dr Ant. Ritti.

Discours de M. le Dr Ant. Ritti, *au nom de la Société médico-psychologique.*

Messieurs,

S'il est une mission pénible pour un secrétaire général, c'est de venir au bord d'une tombe rendre un suprême hommage au collègue dont les travaux ont honoré la Société dont il faisait partie; mais combien douloureuse est cette tâche lorsque ce collègue est un ami, à qui vous attachent les liens de la plus inaltérable affection! Aussi, n'attendez pas de moi que j'impose silence à ma douleur pour vous retracer la carrière scientifique de Cotard. Le voudrais-je, que je ne le pourrais pas. Elle vous est d'ailleurs connue. Tous, vous avez présents à la mémoire les travaux de cet esprit distingué, d'une netteté et d'une concision si caractéristiques, chez lequel on ne sait ce qu'il faut le plus admirer : la perspicacité du clinicien ou la hauteur de vue du philosophe. Il y a quelques jours à peine, à l'une des séances du *Congrès international de médecine mentale*, vous avez entendu la lecture de sa dernière œuvre, fruit

©BIUM

de longues et laborieuses méditations, où il abordait un des problèmes les plus délicats des sciences médico-psychologiques. L'accueil que vous lui avez fait prouve en quelle haute estime vous tenez cette intelligence d'élite.

Mais qui ne connaît Cotard que par ses travaux ne le connaît qu'imparfaitement. La meilleure et la plus belle partie de lui-même était son cœur. Dirai-je toutes les infinies tendresses qu'il renfermait, les attentions délicates qu'il prodiguait aux siens, à ses amis, à tout son entourage? Son dévouement était sans bornes; il l'a poussé aussi loin que possible, jusqu'à l'abnégation de soi-même, jusqu'au martyre.

C'est une douce chose dans la vie de rencontrer un tel ami, mais que sa perte est cruelle! Et maintenant, de cette belle et noble nature, de ce caractère si franc et si loyal, il ne nous reste que le souvenir. Mais ce souvenir nous le conserverons pieusement et jamais il ne s'effacera de notre mémoire. Tous ceux qui ont eu le bonheur d'entrer dans l'intimité de cette âme si élevée, qui ont vécu de sa vie, et senti leur cœur battre à l'unisson du sien, reporteront l'affection qu'ils avaient pour lui sur cette épouse et ces enfants éplorés, sur cette famille en deuil, heureux s'ils parviennent à adoucir, ne fût-ce que légèrement, la poignante amertume de cette séparation déchirante.

Adieu, Cotard, adieu, cher et tendre ami, adieu.

Discours de M. le Dr J. FALRET, *au nom de la maison de santé de Vanves.*

MESSIEURS,

Malgré mon émotion bien naturelle, il m'est impossible de ne pas ajouter quelques mots aux discours que vous venez d'entendre, pour dire un dernier adieu à l'ami fidèle, au collaborateur actif et dévoué qui nous est enlevé si brusquement dans des circonstances aussi douloureuses.

Homme de cœur et de sacrifice, il meurt victime de son dévouement à sa famille et au devoir professionnel. Par ses soins assidus, prodigués sans interruption pendant quinze jours et quinze nuits, il a guéri sa fille et il meurt à la peine, atteint de la terrible maladie qu'il a contractée dans l'accomplissement de son devoir de père de famille et de médecin, et c'est en sauvant sa fille qu'il succombe lui-même au champ d'honneur!

Pour moi, Messieurs, je perds, en lui, non seulement un ami dévoué et solide, fidèle à l'affection dans les bons comme dans les mauvais jours, mais un coopérateur précieux, dévoué à ses malades, fidèle observateur du devoir professionnel,

©BIUM

profondément affectueux sous des apparences de froideur et qui avait su se faire aimer de tous par les nombreux services qu'il rendait simplement et modestement, sans bruit et sans ostentation, ne recherchant ni l'ambition ni la fortune, mais la récompense d'une conscience tranquille et du devoir accompli. Sa nature supérieure aurait pu l'appeler à une plus brillante destinée, mais modeste et sans ambition, il n'avait pas d'autre but que l'accomplissement du devoir, la vie de famille et l'existence tranquille des champs.

Il s'était créé à la campagne une petite propriété qu'il affectionnait particulièrement, et ma seule crainte était de me trouver privé, dans quelques années, de sa coopération active, par sa retraite prématurée dans sa propriété du Berri.

Combien j'étais loin de prévoir le malheur qui me frappe aujourd'hui et de penser que je serais ainsi brusquement séparé de lui par une mort si rapide, causée par une maladie si inattendue, enlevé par cette cruelle affection, dans la plénitude de la vie et de la santé, alors qu'il avait encore devant lui une longue carrière à parcourir et de véritables services à rendre à la science!

Esprit original, penseur profond plein de vues nouvelles, frisant quelquefois le paradoxe, mais toujours ramené au sentiment de la réalité par un jugement sûr et droit qui rectifiait les écarts de son imagination trop inventive, il laissera dans notre science spéciale un certain nombre d'idées neuves et originales qu'il n'a pas eu le temps de développer et qui sont restées à l'état embryonnaire, et quelques mots nouveaux, tels que le délire de négation et le délire d'énormité, qui sont, aux folies mélancoliques, ce que le délire de grandeur est aux folies expansives.

Dans notre récent Congrès de médecine mentale, auquel il n'a pas pu assister, retenu qu'il était au chevet de sa fille, notre excellent secrétaire a lu un travail de lui sur les *Origines psycho-motrices du délire*, travail très remarqué, plein de vues neuves et originales et qui a eu les honneurs d'une discussion sérieuse, à laquelle il n'a malheureusement pas pu prendre part. C'est là son dernier travail, auquel il avait consacré ses veilles, auquel il attachait une véritable importance, mais qui est resté malheureusement à l'état d'ébauche et dont il n'a pas pu approfondir les points de vue nouveaux et féconds en conséquences importantes.

Mais ce n'est pas ici le lieu de parler de l'homme de science; revenons à l'ami que nous avons perdu et dont la mort constitue pour nous tous une perte irréparable. Les regrets profonds qu'elle inspire sont universels.

©BIUM

Dans notre maison, dans la commune, dans sa famille, parmi ses amis, la consternation est générale. Nature bienveillante et sympathique, il n'avait que des amis.

Tous ici, parents, maîtres, collègues, malades, employés, habitants de la commune de Vanves, sont frappés de la même douleur, manifestent la même émotion, et pas une note discordante ne s'élève au milieu de ce concert unanime de regrets et de reconnaissance.

Mais que dire de sa famille éplorée, plongée dans un deuil dont la durée ne fera que grandir l'importance!

Que dire de sa pauvre veuve, désespérée et découragée!

Pétrifiée dans sa douleur, manifestant actuellement un sang-froid et un calme héroïque, qui présage peut-être une terrible réaction! Que dire de sa vieille mère, profondément affligée, qui voit disparaître, à ses côtés, un fils bien-aimé, appui et soutien de sa vieillesse et auquel elle a la douleur de survivre contrairement à toutes les lois habituelles de la nature!

Que dire de ces trois enfants, qu'il aimait tant et qui ne comprennent pas encore toute l'étendue de la perte qu'ils viennent de faire, perte irréparable dont ils sentiront de plus en plus l'importance!

Que dire enfin de tous ces parents qui nous entourent, ou qui n'ont pas eu le temps d'arriver pour assister à cette pénible cérémonie, et qui partagent tous la même douleur et la même sympathie pour une famille si cruellement éprouvée!

Adieu, cher ami, au nom de tous, au nom de ta famille désolée, au nom de tes amis, groupés en si grand nombre autour de ce cercueil, au nom de notre grande maison que tu remplissais de ton activité, à laquelle tu consacrais tous tes soins et qui semblera maintenant si vide et si déserte en ton absence! Adieu... Mais nous conserverons tous précieusement dans notre cœur ton souvenir bien-aimé, et nous serons tous les protecteurs naturels et dévoués de ta famille que, dans des adieux déchirants, tu as confiée à nos soins et à notre appui qui ne leur manqueront point!

Discours de M. le Dr GRÉHANT, *au nom de la Société de biologie.*

Je viens, au nom de la Société de biologie, adresser un dernier adieu à notre cher collègue et ami le Dr Cotard.

Ses devoirs de médecin le tenaient depuis plusieurs années éloigné de nos séances; il m'a souvent exprimé le regret de ne plus pouvoir y assister, mais nous nous rappelons avec quel zèle et avec quelle ardeur il prenait autrefois part à nos travaux.

Aujourd'hui, nous sommes profondément attristés de voir disparaître si prématurément le Dr Cotard, victime du dévouement professionnel et de l'amour paternel, et s'il a sauvé ses

©BIUM

enfants, ce qui a dû être pour lui une suprême consolation, il a succombé à la fatigue et aux attaques d'une redoutable maladie éminemment contagieuse.

Nous ne pouvons pas apporter à M^me^ Cotard et à ses enfants de consolation dans ce grand deuil, mais nous pouvons leur garantir qu'ils ne seront jamais oubliés par ceux qui se feront toujours un devoir d'honorer ce nouveau martyr de la science médicale.

Dr Peybernès. — Nous avons le vif regret d'annoncer la mort d'un de nos collaborateurs, le Dr Peybernès, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Bourges (Cher). Notre collègue était né à Foix (Ariège), le 16 décembre 1849. Interne à Saint-Lizier, il soutint sa thèse, en avril 1875. Il avait choisi pour sujet: *Du sulfate d'aniline dans le traitement de l'épilepsie.* Nommé d'abord médecin adjoint, en 1876, à l'asile de Bailleul, il passa en la même qualité, par les asiles de Rouen, puis de Blois. En janvier 1881, il fut appelé à la direction médicale et administrative de l'asile de Bourges ; il y est resté jusqu'à sa mort, n'y laissant que des regrets et les meilleurs souvenirs.

Dr Léon Veysset. — On lit dans le *Progrès médical* (numéro du 13 juillet 1889) : « Le 12 juin dernier est mort, à l'âge de vingt-neuf ans, des suites d'une pleurésie aiguë, le Dr Léon Veysset, de Champagnac (Corrèze). Il venait de soutenir sa thèse de doctorat, le 16 juin, sur l'*Influence des maladies infectieuses dans le développement de l'épilepsie.* Cinq jours après, atteint du mal qui devait l'emporter, il quittait Paris pour aller mourir au pays natal. Veysset devait sa position à son intelligence et à son labeur ; après de solides études au lycée de Châteauroux, il commença sa médecine à Clermont-Ferrand, où il devint bientôt interne au concours ; il puisa, dans la fréquentation de l'asile d'aliénés de cette ville, son goût pour la spécialité, et songeant à en faire sa carrière, il devint interne de nos asiles publics après avoir terminé son internat à Clermont-Ferrand. Attaché pendant un an à l'asile de Quimper, il resta comme interne pendant trois ans à la Charité-sur-Loire (Nièvre) et c'est là qu'il recueillait les matériaux de sa thèse. La mort est venue l'enlever au moment où il touchait au port ; nul doute, en effet, qu'il n'eût obtenu un bon rang de classement au concours des adjoints qu'il préparait assidûment. Tous ceux qui ont connu Veysset estimaient en lui sa droiture. Son dévouement à ses fonctions et son aptitude professionnelle en avaient fait un collaborateur précieux : c'est une véritable perte, non seulement pour ses parents, mais pour ses maîtres, ses amis et ses malades. Dr S. Garnier.

©BIUM

Congrès international de médecine mentale.

Fêtes et excursions scientifiques.

Dans la chronique de ce numéro, nous nous sommes appliqué à faire ressortir l'esprit du Congrès international de médecine mentale et à en faire connaître les résultats scientifiques et pratiques. C'est ici le lieu de dire quelques mots des fêtes qui nous ont été données et des visites faites dans les établissements d'aliénés.

1° *Visite à l'asile Sainte-Anne.* — Le mercredi 7 août, à dix heures du matin, les membres du Congrès, au nombre d'une centaine, se sont rendus à l'Asile Sainte-Anne. Sous la direction de MM. Jacques, président du Conseil général de la Seine, Lucien Puteaux, secrétaire de la commission de surveillance des asiles de la Seine, et de tout le personnel médical de l'établissement, on a visité successivement le service de la clinique de M. le professeur Ball, le bureau d'admission de M. Magnan, puis les services de MM. Bouchereau et Dubuisson.

Cette visite, si intéressante à divers titres, a été suivie d'un déjeuner servi dans le parloir des femmes. De nombreux toasts ont été portés au dessert; nous regrettons de ne pouvoir les reproduire. Et cependant mériteraient d'être conservées les excellentes choses qui ont été dites sur le service des aliénés et sur les aliénistes, par MM. Jacques, Puteaux, Falret, Pétrot, conseiller municipal de Paris, Benedikt, professeur à l'Université de Vienne, etc.

2° *Fête à l'Hôtel de Ville.* — Le jeudi soir, 8 août, le conseil municipal de Paris avait convié tous les membres des Congrès à une soirée à l'Hôtel de Ville. La plupart des membres de notre réunion d'aliénistes se sont rendus à cette invitation, profitant ainsi de la splendide fête donnée par les édiles parisiens en l'honneur de la science et des savants.

3° *Visite à l'asile de Villejuif.* — Cette excursion a eu lieu le vendredi matin, 9 août. L'administration avait mis à la disposition des excursionnistes ses voitures, qui venaient les chercher au bas de la côte de Villejuif, au point terminus du tramway. Là encore, nous étions au nombre de cent environ. La réunion était présidée par M. Barbier, premier président de la Cour de cassation, président de la commission de surveillance des asiles, assisté de MM. Puteaux, secrétaire de cette commission; Pétrot et Stupuy, conseillers généraux de la Seine. Sous la direction de MM. les Drs Marce, Briand et Vallon, médecins en chef de l'établissement, on a visité en détail ce magnifique asile, le dernier qui ait été édifié dans le départe-

©BIUM

ment, et on a pu constater les progrès réalisés dans l'organisation des services d'aliénés depuis l'époque où a été construit l'asile Sainte-Anne, c'est-à-dire depuis un quart de siècle.

Après cette longue visite, un déjeuner de plus de cent couverts a été servi dans la grande salle des fêtes. Au dessert, de nombreux toasts ont été portés ; rappelons ceux de M. le président Barbier, de MM. Falret, Pétrot, Ball, Marcel Briand, Doutrebente, Chouppe, Ritti, Stupuy, etc.

4° *Banquet du Congrès.* — Le banquet du Congrès a eu lieu à l'hôtel Continental, le samedi 10 août, à huit heures du soir. Il a été de soixante-cinq couverts. Parmi les invités, se trouvaient M. le président Barbier, M. le sénateur Th. Roussel, M. le secrétaire général de la Préfecture de la Seine, M. le professeur Gariel, secrétaire général des Congrès, MM. Regnard et Drouineau, inspecteurs généraux des établissements de bienfaisance, Puteaux, secrétaire de la commission de surveillance des asiles de la Seine, etc.

Au dessert, de nombreux toasts ont été portés. M. *Falret* a pris le premier la parole et, après avoir résumé les travaux du Congrès, il a bu aux membres présents et aux invités du Congrès. — M. le président *Barbier*, dans une éloquente improvisation, a porté un toast à l'union des peuples par le progrès de la science et de la philanthropie. — M. le Dr *Th. Roussel*, sénateur, a pris texte dans son discours des modifications apportées par le Sénat à la loi du 30 juin 1838, et a demandé à ses collègues du Congrès d'émettre des vœux dans leurs réunions ultérieures; ces vœux ne pourront être que favorablement accueillis lorsque la loi, discutée à la Chambre des députés, reviendra au Sénat. — M. le professeur *Ball* a bu à la santé des membres étrangers, venus en si grand nombre au Congrès de médecine mentale et qui ont pris une part si active à ses travaux. — M. le Dr *Ladame* (de Genève) a répondu. Son discours, si flatteur pour les médecins aliénistes français et pour tous les membres de la Société médico-psychologique, mérite d'être reproduit intégralement :

« Messieurs, chers et honorés Confrères,

« Je viens féliciter la Société médico-psychologique pour le succès du Congrès international qu'elle a si bien organisé. Nous sommes profondément reconnaissants des réceptions magnifiques et cordiales que vous nous avez préparées. Vous n'avez reculé devant aucune peine ni aucun sacrifice pour nous faire profiter et jouir de cette belle fête de la science et de l'intelligence. Vous vous êtes dépensés sans compter. Partout nous vous avons trouvés à la brèche, soit dans les séances laborieuses, soit à la tête de vos services admirables, toujours

©BIUM

dispos, toujours aimables, toujours prêts à répondre à toutes les questions et à toutes les demandes de renseignements. Et nous en avons beaucoup fait de ces questions, nous étions avides de renseignements, nous avons été très indiscrets. Nous voulions tout voir et tout savoir. Nous vous avons fatigués de notre curiosité.

« Nous avons bu résolument à cette coupe enchantée de la science française que vous nous offrez si libéralement, parce que vous savez qu'elle est inépuisable. Nous sommes venus chez vous curieux d'apprendre, désireux de connaître, mais avec un esprit critique, voulant nous rendre compte des hommes et des choses.

« A Sainte-Anne, à Villejuif, à Bicêtre, partout nous avons rencontré le même accueil sympathique, le même désir de nous être agréables et utiles, le même dévouement, la même amabilité.

« A Sainte-Anne, chez M. le Pr Ball, l'illustre représentant de l'Ecole française, dont les éloquentes leçons, étincelantes de verve et d'esprit, font de la psychiatrie comme un parterre émaillé de fleurs, laissant ignorer les aspérités et les aridités de la médecine mentale.

« M. Magnan, le savant éminent, duquel on peut dire que la profondeur des connaissances n'est égalée que par la modestie, le maître doux et bienveillant, le chercheur consciencieux, l'ouvrier de génie qui reconstruit jour après jour, sans se lasser, sans se décourager, l'édifice immense de la psychiatrie, dont il pèse, scrute et examine avec soin les matériaux, souvent épars et confus, pour en faire un monument solide et durable.

« MM. Bouchereau et Dubuisson, modèles d'esprits pratiques, de dévouement au devoir, d'abnégation personnelle, tout entiers à leurs malades et à leur vocation.

« A Villejuif, MM. Briand et Vallon, nos confrères distingués qui appartiennent à cette jeune cohorte de savants, pleins d'entrain et d'avenir, qui promettent d'abondantes récoltes et témoignent que la science médico-psychologique n'est pas près d'abdiquer en France les grandes traditions de Pinel et d'Esquirol. Noblesse oblige.

« A Bicêtre, M. Charpentier, dont la grave et sympathique figure trahit la lutte de tous les jours, patiente et ferme, contre les éléments les plus vicieux et les plus criminels des dégénérescences humaines. Exposé sans cesse au contact des malfaiteurs les plus dangereux, notre collègue, qui nous a conduits dans l'enfer de Bicêtre, à la Sûreté, accomplit simplement, au péril de sa vie, sa tâche de médecin-aliéniste.

M. Bourneville, dont le nom est synonyme d'activité, d'intelligence, de travail, d'initiative, d'énergie, a su faire sor-

©BIUM

tir de terre ces palais de la Bienfaisance qui seront la gloire et l'honneur de notre siècle, et dont nous avons tous admiré la parfaite adaptation au but, l'éducation des idiots.

Je m'arrête, messieurs, dans cette esquisse insuffisante et incomplète. Je ne veux pas anticiper. D'autres vous diront demain, sans doute, ce que nous devons aux médecins qui nous recevront à Charenton, MM. Christian et Ritti, que je m'honore de compter au nombre de mes amis, s'ils veulent bien me permettre de leur donner ce titre.

Une qualité maîtresse, parmi toutes celles qui distinguent la nation française, se retrouve ici partout et chez tous : c'est l'aménité et l'urbanité. Ah! messieurs, cultivez-la soigneusement cette qualité. Nous vous le demandons instamment. Elle devient rare dans notre siècle de canons et de cliquetis militaire, et jamais on n'en eut tant besoin.

C'est à l'aménité et à l'urbanité françaises, si excellemment personnifiées par notre aimable et digne président, que je porte mon toast : A M. FALRET !

M. le Dr *Regnard*, inspecteur général des établissements de bienfaisance, s'est ensuite levé pour boire aux médecins et directeurs des asiles de la province, qui, pour remplir une tâche modeste, rendent de grands services à l'humanité. Citons, enfin, le toast de M. *Motet* au secrétaire général du Congrès, et celui de ce dernier aux anciens maîtres, à MM. Calmeil, Delasiauve et Baillarger, présidents d'honneur du Congrès.

5° *Visite de la Maison nationale de Charenton.* — Cette visite a eu lieu le dimanche, 11 août. Elle a heureusement clos la série des fêtes du Congrès international de médecine mentale. Nous en empruntons le récit au *Journal des Débats* (numéro de jeudi 15 août 1889) :

« Le Congrès international de médecine mentale a terminé ses travaux le samedi 10 août. Le lendemain matin, à dix heures, les membres du Congrès, au nombre de plus de soixante, se rendant à une invitation de M. le ministre de l'intérieur, ont visité la Maison nationale de Charenton. Au nombre des invités, on remarquait MM. Barbier, premier président de la Cour de cassation ; Donnet, sénateur ; les docteurs Motet, Du Mesnil, etc. Les honneurs de la maison étaient faits par M. H. Monod, directeur de l'Assistance publique, délégué par M. le ministre, assisté du personnel de l'établissement.

Après un exposé succint, fait par M. Horrie, sous-directeur, de l'origine et du but de la Maison de santé, des conditions de placement, etc., on a parcouru tous les quartiers, ceux des hommes comme ceux des dames. Les visiteurs, — surtout les étrangers, — ont été émerveillés de la magnifique situation topographique de la Maison nationale, dominant la vallée de

©BIUM

la Marne et dont toutes les divisions ont vue sur cette vallée. Ce qui a frappé aussi, c'est la grande liberté laissée aux malades, ce sont les moyens de distraction et même d'étude mis à leur disposition (bibliothèques, salles de jeu, de billard, etc.). Ainsi compris, l'asile d'aliénés est un lieu de traitement où sont appliqués avec tact et mesure tous les moyens thérapeutiques, soit physiques, soit moraux, que fournit la science pour l'amélioration et la guérison de ces pauvres malades.

Cette visite a été suivie d'un déjeuner. Au dessert, de nombreux toasts ont été portés. M. Monod s'est levé le premier pour boire à la santé du Président de la République et à celle de tous les invités ; puis, dans une brillante improvisation, après avoir fait ressortir l'importance des « actes » du Congrès de médecine mentale, il a comparé les travaux de l'Exposition universelle à ceux des nombreux Congrès qui se tiendront cette année, se demandant si les résultats de ceux-ci ne seront pas plus grands et plus utiles au point de vue du progrès et de la solidarité internationale que toutes les merveilles sorties comme par enchantement de la poussière du Champ-de-Mars. Des applaudissements répétés ont prouvé à l'auteur qu'il était en complète communion d'idées avec ceux qui l'écoutaient.

Après un toast de M. Horrie à M. le ministre de l'intérieur et à son délégué, M. le premier président de la Cour de cassation s'est levé. C'est en qualité de président de la commission de surveillance des asiles d'aliénés de la Seine que M. Barbier a voulu rendre un hommage mérité au dévouement des médecins aliénistes, que les fonctions qu'il remplit depuis plus de vingt ans lui ont permis de mettre hors de doute ; puis, dans un langage élevé, il a bu à la science et à la solidarité humaine.

MM. les docteurs Christian et Ritti, médecins de la maison de Charenton, ont ensuite successivement pris la parole. Le premier, rappelant le brillant passé scientifique de l'établissement, les maîtres éminents qui l'ont illustré, a bu à la santé des deux doyens de la médecine mentale qui ont été à Charenton les élèves d'Esquirol, MM. Calmeil et Baillarger. Le second, parlant en qualité de secrétaire général du Congrès, a porté, en l'absence de MM. Falret et Ball, président et vice-président, un toast à M. Monod qui, malgré ses nombreuses occupations, a voulu prendre part aux travaux du Congrès. La remarquable communication qu'il y a faite, et surtout ses conclusions si fermes, si nettes et si précises, sont du meilleur augure pour les améliorations qui peuvent encore être apportées dans le service des aliénés.

Il convient de citer les noms des médecins aliénistes étrangers qui, parlant après MM. Donnet et Motet, ont bu à la science et à l'hospitalité française : MM. Cuylits (Belgique),

©BIUM

Ladame (Genève), Vassitch (Serbie), Korsakoff (Russie), Cabred (République argentine), Sweens (Pays-Bas), Vallée (Canada) et Lœhr (Berlin). Ce dernier, fils d'un des plus distingués aliénistes de l'Allemagne, a, en quelques paroles émues, remercié la France de sa cordiale hospitalité ; il a fait l'éloge de la science mentale française et exprime le vif regret de l'abstention de ses compatriotes au Congrès ; car, a-t-il dit, la science n'a pas de patrie.

Les membres du Congrès international de médecine mentale se sont montrés très satisfaits de leur visite consacrée à l'un de nos plus beaux établissements généraux de bienfaisance. »

Nous aurions désiré pouvoir reproduire textuellement les toasts portés à ces divers banquets ; il eut été bon de conserver dans les archives de notre spécialité ces précieux documents. Mais si des sténographes ont manqué pour recueillir les discours éloquents, les cœurs se souviendront des sentiments de franche cordialité, d'affectueuse sympathie qui se sont fait jour dans ces réunions, dans ces fêtes, et que les médecins étrangers ont particulièrement exprimé en des termes qui nous ont profondément touchés.

A. R.

LE SUICIDE EN FRANCE PENDANT L'ANNÉE 1887

En seize années, de 1872 à 1887, le nombre des suicides s'est accru de 55 0/0 ; leur proportion, eu égard à la population, s'est élevée de 15 à 21 sur 100,000 habitants. Nous avons donné l'année dernière (v. *Annales médico-psychologiques*, numéro de septembre 1888, p. 323), les répartitions annuelles des suicides pendant cette période, et nos lecteurs ont vu que, de 5,275 en 1872, le nombre des suicides s'est élevé, en 1886, à 8,187 ; il a atteint, en 1887, le chiffre, de 8,202. Ainsi, sauf en 1875, où une légère réduction s'est produite, la progression d'année en année est plus ou moins sensible, mais elle est constante.

Les femmes recourent moins souvent que les hommes au suicide : 1,768 (22 0/0) au lieu de 6,434 (78 0/0).

La fréquence du suicide marche parallèlement avec l'âge ; c'est ce qui ressort des statistiques précédentes, et celle de 1887 ne fait que les confirmer. Jusqu'à la quarantième année, la propension au suicide reste la même chez la femme ; mais, à partir de cette phase de la vie, elle s'accroît régulièrement avec l'âge, comme chez l'homme.

L'état civil de 247 suicidés n'a pu être établi ; les autres suicidés se classent ainsi : hommes célibataires, 2,381 (38 0/0) ;

©BIUM

mariés, 2,910 (47 0/0); veufs, 928 (15 0/0); femmes célibataires, 513 (30 0/0); mariées, 796 (45 0/0); veuves, 427 (25 0/0).

Mais les proportions se modifient sensiblement lorsqu'on place les chiffres réels à côté de ceux du dénombrement. Les veufs et les veuves, qui, eu égard au total des suicidés, sont en grande minorité, prennent alors le premier rang avec les proportions de 92 et de 22 sur 100,000 habitants de même condition, doubles de celles que l'on relève pour les célibataires et les gens mariés; on sait d'ailleurs que les suicides sont très fréquents dans les âges avancés de la vie. Les proportions sont de 45 suicidés sur 100,000 célibataires hommes et de 39 sur 100,000 hommes mariés; quant aux femmes célibataires ou mariées, on en compte, de part et d'autre, 11 qui se suicident sur 100,000.

Les suicidés (7,418) dont la condition sociale a pu être mentionnée sur les procès-verbaux se groupent ainsi :

Agriculture : h., 2,020 (34 0/0); f., 594 (40 0/0).
Industrie : h., 1,772 (30 0/0); f., 504 (34 0/0).
Commerce : h., 881 (15 0/0); f., 86 (6 0/0).
Propriétaires : h., 591 (10 0/0); f., 140 (10 0/0).
Domestiques : h., 279 (5 0/0); f., 134 (9 0/0).
Agents de la force publique : h., 197 (3 0/0).
Professions libérales : h., 143 (2 0/0); f., 16 (1 0/0).
Employés d'administrations publiques : h., 61 (1 0/0).

Quant au domicile des suicidés qui ont été reconnus, il résulte des enquêtes qu'il était rural pour 4,279 (52 0/0) et urbain pour 3,807 (48 0/0). Les suicides des hommes ont eu lieu par moitié dans les unes et dans les autres (3,148 contre 3,182); mais ceux des femmes sont bien moins nombreux dans les villes : 625 (36 0/0), que dans les campagnes : 1,131 (64 0/0). Par rapport à la population, on compte 17 suicides pour 100,000 habitants des communes rurales et 28 sur 100,000 des communes urbaines.

Comme toujours, les suicides ont été plus nombreux en été (31 0/0) et au printemps (28 0/0), qu'en automne (22 0/0) et en hiver (19 0/0).

Au point de vue des moyens employés, les suicides se divisent comme suit :

Pendaison : h., 2,983 (46 0/0); f., 478 (27 0/0).
Immersion : h., 1,471 (23 0/0); f., 742 (42 0/0).
Armes à feu : h., 1,033 (16 0/0); f., 29 (2 0/0).
Asphyxie par le charbon : h. 432 (7 0/0); f., 251 (15 0/0).
Instruments aigus ou tranchants : h., 176 (3 0/0); f., 38 (2 0/0).
Poison : h., 96 (2 0/0); f., 95 (5 0/0).

©BIUM

Chute volontaire : h., 223 (3 0/0) ; f., 119 (7 0/0).

Autres moyens : h., 20 ; f., 6.

Quant aux causes présumées de suicide, telles qu'elles ressortent des enquêtes auxquelles il a été procédé, on peut les diviser en huit groupes principaux :

Aliénation mentale : h., 1,401 (24 0/0) ; f., 622 (38 0/0).

Souffrances physiques : h., 1,138 (19 0/0) ; f., 269 (16 0/0).

Misère et revers de fortune : h., 933 (16 0/0) ; f., 126 (8 0/0).

Chagrins de famille : h., 813 (14 0/0) ; f., 303 (19 0/0).

Accès d'ivresse et ivrognerie habituelle : h., 836 (14 0/0) ; f., 98 (6 0/0).

Désir de se soustraire à des poursuites judiciaires : h., 234 (4 0/0) ; f., 30 (2 0/0).

Peines diverses ; h., 329 (6 0/0) ; f., 56 (3 0/0).

Amour contrarié, jalousie, débauche : h., 173 (3 0/0) ; f., 132 (8 0/0).

Il a été complètement impossible de connaître le motif de suicide chez 577 hommes et 132 femmes.

Deux faits saillants ressortent des chiffres ci-dessus : le premier, c'est que l'aliénation mentale conduit au suicide plus fréquemment la femme que l'homme, phénomène qui est, du reste, commun à tous les pays ; le second, c'est que le nombre des suicides dus aux maladies cérébrales et à l'alcoolisme forme les deux cinquièmes du total. (*La Semaine médicale*, numéro du 10 juillet 1889.)

FAITS DIVERS.

Un médecin tué par un aliéné. — On écrit de Poitiers, le 10 juillet, au *Journal des Débats* (numéro du 11 juillet 1889) : Un tragique événement s'est déroulé hier aux environs de Poitiers, à Bonillé. Le sieur F..., de cette localité, âgé d'une trentaine d'années, autrefois interné à l'hospice général comme aliéné, remis en liberté depuis plusieurs années et marié, était depuis quelques jours signalé comme présentant de nouveaux symptômes d'aliénation. Hier matin, M. le Dr Ricordeau, de Poitiers, accompagné d'un brigadier de gendarmerie, nommé Auraive, se rendait, sur la demande de la famille, à Bonillé, pour constater l'état de F..., lorsqu'ils rencontrèrent ce dernier sur la route. F..., à leur vue, sortit un revolver de petit calibre, en déchargea trois coups sur le brigadier qui, atteint à la cuisse, tomba aussitôt ; le docteur se précipita courageusement sur F..., pour le désarmer ; mais il reçut une balle dans le bas-ventre et s'affaissa à son tour.

Des voisins accourus allèrent prévenir les autorités, et un

©BIUM

renfort de gendarmerie arriva bientôt. A leur vue, F..., que personne n'osait approcher, prit la fuite. Après une véritable chasse à l'homme, le forcené, rejoint par un des gendarmes, tira sur lui sans l'atteindre ; enfin, se voyant sur le point d'être pris, il voulut se faire justice lui-même et déchargea le dernier coup de son arme en se tirant dans la bouche, sans se blesser grièvement.

On l'a conduit aussitôt à la maison d'arrêt de Poitiers. Les blessures reçues par le brigadier de gendarmerie sont peu graves ; quant au docteur Ricordeau, son état n'est pas sans inspirer des inquiétudes.

Le surlendemain (19 juillet), le même journal publiait la nouvelle suivante: Le Dr Ricordeau a succombé à sa blessure après deux jours de souffrances : la balle lui avait traversé les intestins et la poitrine. Le maréchal de logis Auraive est dans un état assez inquiétant.

La folie à Saint-Péterbourg. — On lit dans le *Bulletin médical* (numéro du 26 juin 1889) : « Il résulte des renseignements recueillis par un médecin spécialiste sur les maladies mentales à Saint-Pétersbourg, que le nombre de ces maladies augmente graduellement depuis trois ans et que, depuis cette période, l'augmentation a été de 15 p. 100.

Le plus grand nombre des maladies mentales se produit à l'âge de seize à vingt-deux ans ; elles prédominent au sein des classes éclairées et surtout parmi les jeunes filles.

La proportion des cas de folie aiguë reste stationnaire. »

Interdiction des séances publiques d'hypnotisme en Portugal. — En Portugal, le gouvernement, considérant que la vulgarisation des phénomènes de suggestion ne peut que faciliter l'accomplissement de certains crimes, a interdit les représentations publiques d'hypnotisme « qu'il regarde, en outre, comme dangereuses, non seulement pour la santé des « sujets » mais encore pour celle des spectateurs. »

En France, le Conseil général de la Seine-Inférieure a adopté un vœu, présenté par les docteurs Fauvel et Lecomte, invitant le préfet à interdire dans toute l'étendue du département les séances publiques d'hypnotisme.

Sénégal. — Dans sa session extraordinaire, le conseil général de la colonie a voté la création d'un asile d'aliénés à Sor.

Fureur homicide d'un épileptique. — Tous les journaux ont raconté l'horrible drame qui vient de se passer dans un hospice de Bruxelles. En voici le récit, que nous empruntons au journal *la Paix* (numéro du lundi 26 août 1889) :

« Un drame effroyable vient de se produire à Lovendeghem,

©BIUM

localité située à deux lieux de Gand. Il y a, à Lovendeghem, un hôpital pour les incurables, vieillards impotents et enfants rachitiques, dirigé par des sœurs de charité.

Tous ces malades logent dans une salle commune. Quelques-uns, les plus affectés, couchent dans des chambrettes séparées par des cloisons de bois.

L'avant-dernière nuit, un des pensionnaires, pris d'un accès subit de folie furieuse, s'arma d'un rasoir, qu'il s'était procuré on ne sait comment, et s'élança dans la grande salle où reposaient ses compagnons.

Alors se passa une scène horrible. Le fou se mit à frapper de tous côtés avec rage. En quelques instants, le dortoir présentait l'aspect d'une véritable boucherie : les malades, les yeux hagards, médusés par la terreur, se laissaient massacrer sans se défendre. Partout des hurlements de douleur, des râles d'agonie.

Les sœurs de charité accourues tentèrent de désarmer le fou ; mais bientôt la supérieure s'affaissait, mortellement atteinte.

L'assassin glissa enfin dans une mare de sang et tomba. Les religieuses en profitèrent pour le maîtriser et le désarmer. Il y avait vingt-cinq blessés et deux morts. Deux autres ne valent guère mieux. Plusieurs incurables ont été à tel point ébranlés par la terreur, que ce sera pour eux le coup de grâce.

Les médecins de l'hôpital ne pouvant suffire, plusieurs docteurs de Gand ont été appelés en hâte pour donner des soins aux blessés. L'assassin a été déposé hier dans une maison d'aliénés à Gand. Le parquet s'est transporté à Lovendeghem. »

Un cas d'hallucination collective de la vue. — L'*Indépendant*, journal clérical de la Dordogne, rapporte les faits suivants, mais en déclarant qu'il ne les accepte que sous bénéfice d'inventaire. Nous les reproduisons, de notre côté, à titre de curiosité :

« Une petite bergère d'un village appelé Garabeaud, situé entre Savignac-les-Eglises et Saint-Vincent-sur-l'Isle, étant allée garder ses brebis dans un bois à peu de distance de chez elle, crut voir soudainement apparaître, sortant d'un tas de pierres, l'image de la sainte Vierge. Comme la petite bergère était seule, elle fut tellement frappée par cette apparition inattendue, qu'elle tomba sans connaissance. Une fois revenue à elle, la fillette retourna chez ses maîtres, sans toutefois leur raconter ce qui venait de lui arriver. Ce n'est que pressée de questions par ces derniers, qui lui trouvaient depuis quelques jours un air extraordinaire, qu'elle finit par leur avouer ce qu'elle avait vu.

Depuis cette époque, presque tous les jours, les mêmes faits se sont reproduits. D'autres enfants et même de grandes per-

©BIUM

sonnes ont eu également les mêmes visions. Aussi l'affluence des curieux est-elle chaque jour plus considérable, et chacun veut faire ce pèlerinage tout spontané pour se rendre compte *de visu* de la réalité des faits. Mais la plupart doivent se borner à écouter, au comble de la surprise, les enfants qui sont là devant eux et qui leur racontent avec force détails tout ce qu'ils voient se dérouler devant leurs yeux, en désignant du doigt les endroits précis où se posent les images qu'ils aperçoivent. »

Le suicide dans l'armée autrichienne. — On lit dans la *Semaine médicale* (numéro du 24 juillet 1889): « Le chiffre des suicidés est extrêmement élevé dans l'armée autrichienne ; d'après les statistiques, il atteint régulièrement une moyenne de 1,28 p. 100 de l'effectif, c'est-à-dire qu'il représente le chef de mortalité le plus élevé de tous, supérieur à la mortalité par pneumonie, par fièvre typhoïde, à la tuberculose même pour certaines années ; il faut encore ajouter à ce chiffre 0,40 p. 100 de tentatives de suicide.

Si l'on compare ces chiffres avec ceux des suicides dans l'armée française, on voit que, pour un effectif presque double, le nombre des suicides atteint à peine la moitié du chiffre de l'armée autrichienne ; en d'autres termes, il y a trois ou quatre fois moins de suicides parmi les soldats français que dans les rangs de l'armée autrichienne. »

Etats-Unis d'Amérique. — Le Dr C. B. Burr, dont les « Lettres d'Amérique » récemment insérées dans les *Annales* ont été fort remarquées de nos lecteurs, et dont la collaboration est pour nous une acquisition précieuse, vient d'être nommé directeur-médecin de l'important asile d'aliénés de Pontiac (Michigan), dont il était médecin adjoint. Nous lui adressons à ce sujet nos meilleures félicitations.

Autriche. — Le Reichsrath autrichien a nommé une commission d'enquête pour étudier les moyens de lutter contre l'ivrognerie. Il est question d'amende et de prison pour les ivrognes. Le docteur Gaurter propose l'organisation d'asiles un peu analogues à ceux que l'on a installés en Suisse. Dans ce pays, un alcoolique, qui désire perdre cette habitude, demande à être admis dans ces asiles. Une fois qu'il a fait la demande, il a aliéné sa liberté et ne peut sortir de l'asile à son gré. Il faut que les directeurs aient reconnu qu'il peut le faire sans danger. Le Dr Gaurter voudrait faire organiser des asiles semblables, mais avec cette différence que la police y enfermerait d'office les ivrognes incorrigibles et récidivistes,

Pour les articles non signés : ANT. RITTI.

1117. — Paris. Typographie Gaston NÉE, 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 le Dr A. MAIRET,

Professeur de la Clinique des maladies mentales et nerveuses,
Médecin en chef de l'Asile public d'aliénés de l'Hérault.

TROISIÈME LEÇON

MANIE CHORÉIQUE

SOMMAIRE. — Observations de manie choréique.

La manie choréique se divise, au point de vue symptomatique, en *manie choréique simple* et en *manie choréique hallucinatoire.*

Le premier genre de manie choréique n'a pas encore été décrit; il existe dans la science quelques observations de manie choréique hallucinatoire.

Les auteurs qui ont rapporté ces observations ont pensé que, dans ces cas, la manie était subordonnée à la chorée, qu'elle était de nature choréique. L'étude attentive des faits ne permet pas de partager cette manière de voir; la manie et la chorée sont les deux branches d'un même tronc, elles ressortissent l'une et

©BIUM

l'autre de l'action d'une même cause, la *puberté*, qui, agissant sur deux régions différentes du système nerveux, produit ainsi une *folie musculaire* (chorée) et une *folie psychique* (manie). La manie choréique qui survient dans le cours de la puberté est de nature pubérale.

Causes adjuvantes : prédisposition héréditaire, nerveuse et rhumatismale, prédisposition acquise.

Causes occasionnelles : causes morales, suppression de la menstruation, etc.

Il y a quelques semaines, nous quittait, complètement guéri, un malade que vous avez pu observer et dont l'histoire clinique nous servira d'introduction à l'étude de la manie choréique.

Lorsque F... entra à l'asile, à l'âge de dix-huit ans, il était à la période d'état de sa maladie et se présenta à nous de la manière suivante :

A l'état ordinaire on constate une surexcitation maniaque assez intense ; F... ne peut être fixé dans son attention, il va, vient d'un côté et d'autre, crie, chante, taquine les autres malades, est irritable et facilement agressif. A ces troubles psychiques s'ajoutent des mouvements choréiques très nets, mouvements généralisés, mais surtout marqués aux membres inférieurs et à la face, F... ne peut rester immobile et sa figure grimace.

Sur cet état de surexcitation maniaque, détonnent des accès d'agitation qui se traduisent ainsi : F... se met tout à coup à courir, riant d'un rire convulsif, poussant de véritables aboiements et déchirant avec une espèce de rage ce qu'il tient dans les mains et plus particulièrement son chapeau, qu'il enlève de dessus sa tête. Il fait ainsi une fois ou deux le tour de la salle, puis se frappe d'une main sur la cuisse et s'arrête.

Si pendant cette course on veut l'arrêter, il se met dans de violentes colères.

D'autres fois, les accès d'agitation ne se traduisent

©BIUM

plus par des courses, mais par des sauts : subitement F... saute sur place, bousculant ou renversant avec ses bras tout ce qu'il trouve autour de lui, et il saute ainsi avec une telle énergie qu'il ne s'arrête que couvert de sueur ; un jour même il se fit un décollement épiphysaire du fémur.

Ces accès d'agitation reviennent plusieurs fois par jour et même dans le courant de la nuit. F... se lève, court d'une extrémité à l'autre du dortoir ou plus souvent saute au pied de son lit.

Parfois l'accès d'agitation consiste simplement en ces éclats de rire véritablement convulsifs, et en ces cris ressemblant aux aboiements d'un chien que je vous signalais tout à l'heure comme accompagnant les courses.

En outre, F... se livre avec frénésie à la masturbation, et souvent les accès d'agitation sont suivis pendant quelques jours par un état d'engourdissement physique et intellectuel.

Tel est l'état mental qu'a présenté F...

Pris dans son ensemble, cet état revêt toutes les allures de la manie et c'est, en effet, sous la rubrique de manie que la folie de F... doit être classée.

Mais cette manie se distingue nettement de la manie ordinaire par certaines particularités.

Elle s'en distingue par ces courses, par ces sauts, par ces rires convulsifs, par ces cris qui ressemblent aux aboiements d'un chien, et qui ne se retrouvent pas avec les caractères qu'ils avaient chez F... dans la manie ordinaire.

Elle s'en distingue encore par un autre grand caractère, par l'existence de mouvements choréiques, de sorte que F... présente en même temps des symptômes ressortissant à deux névroses, à la folie et à la chorée. Et remarquez-le, il n'y a pas simplement dans ce cas

©BIUM

coexistence entre ces deux névroses; elles se sont développées et ont évolué en même temps.

Écoutez plutôt.

A la suite d'une cause morale sur laquelle je reviendrai tout à l'heure, F... fut pris de mouvements choréiques, atteignant les quatre membres et la face, et de troubles psychiques se traduisant par une irritabilité marquée, des rires sans motif, des sauts et des courses. Délire et chorée ont donc apparu en même temps.

De plus, si nous étudions comparativement dans leur marche, les troubles choréiques et les troubles intellectuels, nous voyons les uns et les autres suivre les mêmes péripéties. Pendant les périodes de simple surexcitation maniaque, les mouvements choréiques sont peu marqués; pendant les périodes d'agitation, au contraire, ces mouvements augmentent.

Enfin, quand, par suite de l'évolution de la maladie, les troubles psychiques s'atténuent, il en est de même des mouvements choréiques, chorée et folie guérissent en même temps.

Il y a donc, vous le voyez, de par le développement et l'évolution, une union intime entre les deux névroses.

Ceci dit sur la forme revêtue par la maladie de F..., recherchons quelles sont les causes qui lui ont donné naissance.

C'est à la suite d'une cause morale que la maladie s'est déclarée.

F... met par gaminerie le feu à des feuilles sèches; le feu se propage à un bois voisin et notre malade est tellement effrayé qu'aussitôt se produisent des mouvements choréiques et des troubles psychiques. Mais pas plus que chez P..., cette malade dont je vous ai rapporté longuement l'histoire dans notre précédente leçon, cette cause morale n'est suffisante pour expliquer le dé-

©BIUM

veloppement de la folie ; il fallait que le terrain fût préparé.

Il l'était, en effet.

Il l'était par l'hérédité : F..., quoique ne présentant aucun stigmate, est un prédisposé. Sa mère a eu, à l'âge de dix-neuf ans, un accès d'aliénation mentale sur la pathogénie duquel nous ne sommes pas fixé. Cet accès n'a duré que quelques mois et a guéri sans laisser aucune trace sur l'intelligence de la malade qui, actuellement, a dépassé l'âge de la ménopause et jouit de la plénitude de ses facultés intellectuelles.

Il l'était encore par la puberté qui, il me sera facile de vous le démontrer, en me basant sur trois ordres de preuves, a eu dans ce cas une importance pathogénique considérable.

Première preuve. Lorsque la maladie s'est développée, F..., qui avait seize ans, était en pleine crise pubérale ; ses parents ont insisté d'eux-mêmes sur ce point dans les renseignements qu'ils ont donnés : « Il grandissait, disent-ils, se plaignait souvent de palpitations, et était très pâle. »

Seconde preuve. Cette seconde preuve je la trouve dans l'intime union qui a existé entre la chorée et la folie, union sur laquelle j'ai insisté tout à l'heure et qui ne peut s'expliquer que par une communauté d'origine; chorée et folie sont les deux branches d'un même tronc. Or, je vous l'ai démontré dans d'autres leçons, si la prédisposition joue un grand rôle dans la réalisation de la chorée, cette névrose est essentiellement une maladie de la croissance, et par suite son intime union avec la folie de F... se réalisant pendant la puberté, démontre la nature pubérale de cette folie.

Troisième preuve. L'évolution pubérale a dominé l'évolution des troubles psychiques et choréiques.

Chaque pas vers l'amélioration a été accompagné par

©BIUM

un pas vers la virilité; je fais appel à cet égard à vos souvenirs, vous avez pu suivre, en effet, cette marche parallèle de l'évolution pubérale, et de l'évolution morbide. Et ce n'est que lorsque la crise pubérale a été terminée que la guérison des troubles choréiques et psychiques a été obtenue.

La démonstration que je poursuis est donc complète; et je crois pouvoir affirmer que la puberté a joué un rôle dans le développement de l'aliénation mentale de F..., et que ce rôle a été le rôle capital, puisque la crise pubérale domine l'évolution de la maladie.

De l'étude que nous venons de faire de l'observation de F... il résulte donc :

1° Que chez ce malade, la manie a revêtu des caractères particuliers qui lui ont donné une physionomie propre ;

2° Que l'influence de la puberté a été l'influence pathogénique capitale ; et que, par suite, nous pouvons regarder cette aliénation mentale comme étant de nature pubérale.

Mais ces deux conclusions rapprochées l'une de l'autre ne font-elles pas naître immédiatement dans votre esprit une question, ne vous amènent-elles pas à vous demander : *Si ce n'est pas à sa nature pubérale que la manie de F... doit sa physionomie particulière?*

Cette question s'impose en effet, et nous devons chercher à la résoudre.

I

Mais avant cela, il me paraît nécessaire de vous présenter d'autres malades qui offrent la même allure clinique que F...

Voici pourquoi :

Je ne connais pas dans la science d'observations semblables à celle de ce malade et cependant, si j'en

©BIUM

crois mon expérience personnelle, les faits de cet ordre sont plus fréquents que semblerait l'indiquer cette absence de documents publiés. J'ai pu, en effet, observer quatre autres malades dont la physionomie clinique reflète absolument la physionomie clinique de F... ; l'observation de ce dernier n'est donc pas une observation isolée, mais il n'en est pas moins vrai qu'elle a besoin d'être étayée. Et comme sur les quatre malades que j'ai observés, deux sont encore dans le service, je vais vous les présenter.

L... est affecté, vous le voyez, de mouvements choréiques très nets. Ces mouvements se traduisent par des secousses de la face et par un soulèvement brusque d'une ou des deux épaules avec inclinaison de la tête sur une des épaules.

Au point de vue psychique, L... est en état de surexcitation maniaque, son attention peut être difficilement fixée, et vous entendez avec quelle mauvaise humeur il répond à nos questions ; un rien le contrarie et il devient facilement irritable.

Si vous suivez ce malade pendant quelque temps, vous verrez se produire des accès subits d'agitation qui se traduisent de la manière suivante :

Les mouvements choréiques des épaules s'exagèrent, et le malade pousse en même temps une espèce de grognement que vous obtiendrez identique, en fermant votre bouche et en chassant, par des aspirations brusques et fortes, l'air de vos poumons à travers la cavité nasale. Puis aussitôt L... prend sa course, continuant à grogner, ou bien riant au contraire d'un rire convulsif et tellement violent qu'on croirait qu'il va s'étouffer. Il fait ainsi vingt ou trente mètres en courant, puis il se frappe sur une cuisse et s'arrête. Pendant quelques minutes encore il continue à grogner et à ricaner, et enfin il se calme.

©BIUM

D'autres fois L..., au lieu de courir, se met à sauter sur place, rit ou pousse le grognement que vous connaissez, secoue violemment ses épaules et sa tête, et saute avec une telle force que, lorsqu'il s'arrête, il est couvert de sueur.

C'est surtout avant de s'endormir que L... saute ainsi; presque chaque soir après s'être couché, il se relève, défait ses couvertures, renverse les chaises, rit en répétant : « Bonjour, mon capitaine; » puis il saute.

Si pendant ces courses et ces sauts vous cherchez à retenir L..., il se met en colère et devient menaçant.

Parfois, l'accès d'agitation se limite à ce rire et à ce grognement particulier que je vous indiquais tout à l'heure.

Le second malade que vous avez actuellement devant vous est affecté lui aussi de chorée. Cette chorée est généralisée avec prédominance toutefois aux membres supérieurs et à la face. Calme à certains moments, Hoe... est pris, pendant des périodes plus ou moins longues, d'accès d'agitation qui se traduisent de la manière suivante : assis sur une chaise, il frotte ses mains contre tre ses cuisses avec une telle violence qu'au bout de quatre ou cinq jours ses pantalons sont usés; en même temps il sifflote, pousse une espèce de grognement, puis tout à coup il crie plus fort et se met à courir comme F... et L... en agitant ses bras dans des mouvements désordonnés.

Ai-je besoin d'insister sur la ressemblance symptomatique qui existe entre la physionomie clinique revêtue par l'aliénation mentale chez ces deux malades et celle revêtue par la maladie de F...? Non, n'est-ce pas, cette ressemblance est saisissante : vous trouvez chez tous les trois même état de surexcitation maniaque avec chorée, même accès d'agitation se traduisant par des

©BIUM

courses ou des sauts, des rires convulsifs, des cris et des gestes particuliers.

Eh bien ! la ressemblance n'est pas moindre chez les deux autres malades que j'ai observés, mais il serait fastidieux de vous rappeler leur histoire. Et j'ai hâte d'en revenir à la question de pathogénie que nous nous sommes posée tout à l'heure à propos de l'observation de F..., à savoir si ce ne serait pas à sa nature pubérale, que la manie dont était affecté ce malade, devait sa physionomie particulière.

II

Pour résoudre cette question, il nous faut grouper les observations qui ont offert la même modalité clinique et les étudier dans leur pathogénie. Or, si le bilan de ces observations est vite fait, puisqu'il ne comprend que les cinq cas que j'ai observés moi-même, la réponse de ces cinq cas est identique ; dans tous, l'influence pathogénique de la puberté s'affirme aussi nettement que chez F...

Non seulement, en effet, chez ces malades l'aliénation mentale s'est produite à l'époque de la puberté : à dix-neuf ans chez L..., à quatorze ans chez Hoe..., à seize ans chez A..., à dix-huit ans chez P...; mais on trouve, comme chez F..., des preuves évidentes de la nature pubérale de leur maladie.

Je ne puis pour chaque cas reprendre la démonstration que j'ai entreprise pour F..., ce serait vous fatiguer inutilement; mais maintenant que vous savez que la puberté peut être la cause pathogénique capitale de la forme de manie qu'a présentée cet homme ; laissez-moi vous rappeler comment s'est produite l'aliénation mentale chez un de nos malades, vous saisirez sur le fait, pour ainsi dire, l'action de la crise pubérale.

©BIUM

A... avait seize ans lorsqu'il entra à l'asile. Né d'un père qui est un enfant trouvé et qui est mort d'une anasarque généralisée avec albuminurie et lésion cardiaque consécutive à un refroidissement, et d'une mère rhumatisante dont le père est, lui aussi, rhumatisant, et qui compte dans sa famille une cousine germaine aliénée, A... a une sœur qui a été affectée de huit à dix ans d'une danse de Saint-Guy.

Lui-même a eu, entre l'âge d'un et deux ans, des convulsions, mais ce sont là les seuls symptômes qui, soit dans le domaine moral, soit dans le domaine intellectuel, puissent faire croire chez lui à l'existence d'une prédisposition ; depuis lors, en effet, A... n'a plus présenté aucun trouble du système nerveux et a été bien portant jusqu'à l'âge de quinze ans et demi. A ce moment la croissance se fait rapidement, en quelques mois il grandit de 15 centimètres, devient très impressionnable et accuse des palpitations cardiaques et des maux de tête.

Sur ces entrefaites, il a une discussion avec son père, alors il s'emporte vivement; maux de tête et palpitations augmentent et en même temps se produit un catarrhe des voies respiratoires supérieures avec fièvre et délire intense caractérisé par des idées de persécutions et des conceptions religieuses. Cet état dure ainsi vingt jours, puis tout semble rentrer dans l'ordre lorsque, au bout de huit jours, apparaissent des troubles choréiques généralisés et un violent délire maniaque qui nécessite son admission à l'asile.

N'avais-je pas raison de vous dire que vous saisiriez dans ce cas sur le fait l'action de la puberté? A... était en pleine crise pubérale se traduisant par une croissance rapide, des palpitations, des maux de tête et de l'irritabilité ; lorsqu'une légère cause morale se produit et sous son influence l'irritabilité, les palpitations et les

©BIUM

maux de tête augmentent, de la surexcitation apparaît et une véritable aliénation mentale se constitue.

Par conséquent, puisque l'influence pathogénique de la puberté se retrouve dans tous les cas de manie, actuellement connus, qui ont présenté, pendant la vie, la même physionomie clinique que celle de F..., nous devons en conclure que *c'est bien à sa nature pubérale que celle-ci doit sa physionomie propre.*

Or, ne pensez-vous pas que des faits qui, comme ceux que je viens de vous indiquer, se relient entre eux par une même physionomie symptomatique et par une communauté d'origine, doivent former un groupe clinique?

Il me le semble.

Il me semble aussi que le nom à donner à ce groupe s'impose. C'est une manie, mais une manie revêtant un aspect particulier dû surtout à l'association aux troubles psychiques de troubles choréiques, d'où le nom *Manie choréique* que je vous propose de lui donner.

Mais, et vous verrez plus tard pourquoi, nous devons préciser le sens que nous attachons à ce terme de manie choréique.

Pour nous, en donnant au groupe morbide que nous venons de constituer la dénomination de manie choréique, nous n'avons pas voulu subordonner la folie à la chorée, nous n'avons pas voulu dire que la manie était de nature choréique. Pour nous, en effet, et cela résulte de tout ce qui précède, manie et chorée sont deux branches d'un même tronc, elles sont de même nature. La *folie musculaire*, pour me servir de l'heureuse expression par laquelle les auteurs du *Compendium* désignent la chorée, et la *folie psychique* sont des symptômes ressortissant de l'action d'une même cause, agissant en même temps sur deux régions différentes du système nerveux.

©BIUM

Manie et chorée s'associent donc, l'une n'est pas subordonnée à l'autre.

Telle est la signification que nous attribuons au terme de manie choréique.

III

Voilà un premier point établi, mais ce n'est pas tout.

On peut retrouver dans certains cas ce même mélange de manie et de chorée que vous avez constaté chez les malades dont je vous ai parlé, seulement dans ces cas aux troubles que vous connaissez s'en ajoutent d'autres.

Le jeune homme que vous avez devant vous est un exemple de ce nouvel ordre de faits. Ce jeune malade, qui est actuellement en voie d'amélioration, s'est présenté à nous pendant la période d'état de sa maladie de la manière suivante :

Surexcitation maniaque avec idées de tristesse, inquiétude, pleurnicherie, apeurement avec perversions de la vue, sous forme de nuage, et de l'ouïe, sous forme de sifflements dans les oreilles et même de voix qui lui disent des injures; mouvements choréiques limités à la jambe droite où ils sont assez marqués et aux mains où ils sont faibles, mais nets.

Tel est Hi... à son état ordinaire.

Sur cet état détonnent à certains moments et plus particulièrement à la fin de l'après-midi de violents accès d'agitation. Tout à coup, Hi... s'élance sur les personnes qui l'entourent, les frappe et brise tout ce qu'il trouve autour de lui; sa physionomie exprime alors l'effroi le plus grand; puis il court d'un côté et de l'autre, se retournant au moindre bruit et répétant constamment les mêmes choses : « Guerre à outrance, il faut couper la tête au médecin. »

Grande, vous le voyez, est la ressemblance entre

©BIUM

l'aliénation mentale de Hi... et celle de nos autres malades, de F..., de L... et de Hoe... Comme chez ces derniers, vous retrouvez chez Hi..., une surexcitation maniaque s'accompagnant de mouvements choréiques et d'accès d'agitation brusques et violents. Mais à ces troubles s'ajoute chez Hi... un symptôme qui n'existait pas dans les cas précédents, il s'ajoute des hallucinations, et ces hallucinations ont une importance considérable, elles dominent les accès d'agitation.

Tandis que chez nos premiers malades, les accès d'agitation, ainsi que je vous le démontrerai plus tard, sont impulsifs, chez Hi.., ils sont dus à des hallucinations. Si Hi... se précipite ainsi tout à coup sur les personnes qui l'entourent et brise tout ce qui se trouve autour de lui, c'est qu'il croit voir un chasseur qui le met en joue et qu'il a des hallucinations de l'ouïe qui complètent l'effet produit par l'hallucination de la vue ; il lui semble entendre en effet le cliquetis du fusil.

Toutefois, pour si importantes qu'elles soient, ces perversions sensorielles ne me paraissent pas suffisantes pour distraire l'observation de Hi... et les observations similaires du cadre de la manie choréique, dans lequel tous les autres symptômes les font rentrer. Elles nous obligent seulement à établir une subdivision et à admettre l'existence d'une manie choréique sans hallucinations, et d'une manie choréique avec hallucinations.

Nous désignerons la première sous le nom de *manie choréique simple*, et la seconde sous le nom de *manie choréique hallucinatoire*.

Mais immédiatement, une question se pose à votre esprit? Cette question est la suivante : la manie choréique hallucinatoire est-elle aussi, comme la manie choréique simple, de nature pubérale ?

A en juger par l'observation de Hi..., nous pourrions répondre par l'affirmative. Nous retrouvons, en effet,

©BIUM

dans l'aliénation mentale de ce jeune malade, qui a débuté à quatorze ans, la trace indéniable de l'influence de la puberté. Comme chez F..., vous pouvez voir chez lui la crise pubérale dominer l'évolution de la maladie; plus nous approchons de la virilité, plus s'atténuent les désordres psychiques et choréiques.

Mais pour pouvoir affirmer la nature pubérale de la manie choréique hallucinatoire, nous n'avons plus seulement à nous occuper, comme pour la manie choréique simple, de nos observations personnelles. Si j'ai pu vous dire, à propos de cette dernière, que je ne connaissais pas dans la science de faits semblables à ceux que je vous présentais, il n'en est pas de même pour la manie choréique hallucinatoire. On retrouve, en effet, disséminées dans la littérature médicale, des observations qui ont la plus grande analogie symptomatique avec celle de Hi... et qui, comme elle, ont été désignées sous le nom de manie choréique.

Or, les auteurs qui ont rapporté ces observations attribuent à l'aliénation mentale une genèse bien différente de celle que nous lui avons attribuée; ils regardent l'état psychique comme étant subordonné à la chorée. Pour eux, la manie est de nature choréique Voyons si cette interprétation pathogénique est vraie.

IV

C'est Marcé qui, le premier, a émis la notion de l'existence de la manie choréique au sens que je viens de vous indiquer, dans un travail qui remonte à 1859 et qui est intitulé : *De l'état mental dans la chorée* (1).

Il base sa manière de voir sur quatre observations. Mais trois de ces observations, ainsi que l'a déjà montré

(1) Marcé. *De l'état mental dans la chorée.* In *Mém. de l'Acad. de médecine*, 1860.

©BIUM

Blache (1), dans un rapport à l'Académie de médecine, sont, soit des cas de délire aigu, soit des cas de méningite rhumatismale, et n'ont par conséquent rien à voir avec la chorée névrose, maladie essentiellement chronique.

Reste donc seulement un cas qui doive nous occuper. Ce cas a plus d'une analogie symptomatique avec celui de Hi..., vous allez en juger.

Il s'agit d'une jeune fille de vingt-deux ans, qui présentait une chorée générale de moyenne intensité et qui, en même temps, offrait tout l'aspect d'une maniaque avec accès d'agitation, lesquelles se produisaient surtout à la suite d'incessantes hallucinations. Elle voit, dit-elle, une bohémienne au pied de son lit; on lui crie qu'elle est damnée ; elle refuse de manger, disant qu'on lui sert des aliments empoisonnés.

Suivant l'exemple donné par Marcé, différents auteurs ont publié quelques observations sous la rubrique manie choréique et avec la même interprétation pathogénique. Parmi ces observations, les unes sont bien évidemment, comme les trois de Marcé que je vous ai signalées, des cas de chorée et de délire symptomatiques de lésions aiguës du cerveau; ainsi un cas de Meyer (2), un autre de Wiglesworth (3), dans lequel on voit la chlorée et le délire alterner avec des manifestations rhumatismales articulaires. Ainsi encore un cas de Mesnet. Les autres sont de véritables cas de manie choréique hallucinatoire, ressemblant plus ou moins à l'observation de Hi..., avec cette différence toutefois que ce sont plutôt des cas de manie subaiguë que des cas de manie chronique. Je connais ainsi, outre

(1) Blache. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1858-1859, t. XXIV.
(2) Meyer. In *Archives de Westphal.*, t. II, p. 537.
(3) Wiglesworth. *The Journal of mental Science*, 1882. Analyse in *Annales méd.-psych.*, 1885, t. I, p. 313.

©BIUM

celle de Marcé, trois observations de manie choréique, l'une due à Thore (1), une seconde à M. Ritti (2) et la troisième à Wiglesworth (3). Très probablement il en existe d'autres dans la science, M. Ball (4) en cite deux cas d'après Leidesdorf et Arndt ; mais je n'ai pas pu me procurer l'original.

L'interprétation pathogénique donnée à ces cas est-elle bien exacte ?

Cela me paraît plus que douteux. Et voici pourquoi.

Si dans certains cas les troubles choréiques ont précédé l'apparition des troubles psychiques, comme chez le malade dont Thore a rapporté l'histoire ; dans d'autres cas, ou bien le délire et la chorée ont apparu en même temps, ainsi chez le malade de Marcé, ainsi chez Hi... ; ou bien le délire a précédé la chorée, comme cela paraît être arrivé chez le malade de M. Ritti.

Or, je vous le demande, peut-on subordonner à la chorée des troubles psychiques qui apparaissent en même temps qu'elle, parfois avant elle ? Poser la question, c'est la résoudre. Et par conséquent l'interprétation pathogénique, donnée par les auteurs aux cas de manie choréique observés par eux, est fausse : la manie n'est pas sous la dépendance de la chorée.

Mais alors comment interpréter ces faits ? Remarquez que tous les cas de manie choréique publiés dans la science se sont produits pendant la période pubérale, entre dix-neuf et vingt-deux ans. La malade de Ritti avait dix-neuf ans, celle de Marcé avait vingt-deux ans, celle de Thore, dix-sept ans. N'y a-t-il déjà pas

(1) Thore. *De la chorée dans les rapports avec l'aliénation mentale*, in *Ann. méd.-psych.*, 1865, t. V, p. 157.
(2) Ritti. *Union médicale*, 1873, t. XVI, p. 721.
(3) Wiglesworth. *Loco citato*, p. 9.
(4) Ball. *Leçons sur les maladies mentales*, p. 536.

©BIUM

dans cette époque de la vie où apparaît l'aliénation mentale, une raison de penser que la puberté a pu entrer en ligne de compte dans la pathogénie?

Il me le semble, surtout après ce que je vous ai dit. Et si, malheureusement dans la plupart de ces faits, les auteurs ne se préoccupent guère que du délire et de la chorée et laissent de côté l'état physique, ils signalent cependant certains troubles, anémie, état chlorotique, règles peu abondantes, etc., qui indiquent que la maladie s'est réalisée en pleine crise pubérale.

Par conséquent, les quelques observations de manie choréique publiées dans la science appartiennent, comme celles qui nous sont personnelles, à la puberté, et nous pouvons dire, confondant en cela la manie choréique simple et la manie choréique hallucinatoire :

La manie choréique qui se développe dans le cours de la puberté est de nature pubérale.

Je dis : qui se développe dans le cours de la puberté. La manie choréique, avec certains caractères un peu différents, il est vrai, de ceux que nous retrouvons à l'époque de la puberté, peut, en effet, se développer chez l'enfant, ainsi que vous en avez un exemple chez le petit malade qui est devant vous et que je vous ai déjà présenté dans d'autres leçons.

Cette réserve établie, il n'en est pas moins vrai que la manie choréique rentre dans le cadre de la folie de la puberté, et par conséquent nous devons en faire l'étude.

De cette étude vous connaissez déjà, par ce qui précède, l'historique, et en grande partie aussi l'étiologie qui est dominée par la puberté. Mais l'action de cette cause première peut être favorisée par celle d'autres causes que nous devons maintenant étudier.

©BIUM

V

Ordinairement, l'action de la puberté est aidée par une prédisposition héréditaire ou acquise.

La *prédisposition héréditaire* est généralement une prédisposition mentale ou nerveuse, ainsi chez F...

Mais assez souvent à cette hérédité nerveuse se mêle une hérédité rhumatismale, ou tout au moins arthritique.

L..., à côté d'une prédisposition se traduisant par de l'originalité chez le père et du nervosisme chez la mère, présente du côté maternel une hérédité rhumatismale se traduisant par plusieurs atteintes de rhumatisme chez une tante et des névralgies chez la mère.

Hi..., à côté d'une prédisposition cérébrale, bégaiement chez le père, myopie et strabisme chez un oncle paternel, offre aussi une hérédité rhumatismale; le père a eu, depuis l'âge de vingt ans, plusieurs atteintes de rhumatisme et un des oncles paternels a des éruptions herpétiques.

Parfois même, comme chez A..., l'hérédité rhumatismale est dominante.

Cette association d'une prédisposition nerveuse et rhumatismale vous est connue; nous l'avons retrouvée souvent chez nos malades, quand nous avons étudié dans des leçons antérieures la pathogénie de la chorée. Il est donc naturel que nous la retrouvions aussi dans la manie choréique, où son interprétation est la même.

Dans certains cas, la prédisposition héréditaire ne se traduit au dehors par aucun stigmate, ainsi chez F..., chez A...; mais d'autres fois, elle s'affirme, soit sous forme d'idiotie plus ou moins marquée, comme chez Hoe... et Hi..., soit sous forme de vices du caractère, comme chez L... dont l'intelligence était bien développée, mais qui avait un caractère fantasque, soupçonneux.

©BIUM

La prédisposition peut être acquise, vous ai-je dit. Parfois on ne peut qu'en constater l'existence sans en retrouver la cause; ainsi chez la malade dont l'histoire est rapportée par Ritti. Cette jeune fille sans antécédents héréditaires, sans avoir eu ni convulsions, ni rhumatisme, avait toujours présenté un caractère difficile et bizarre.

Dans d'autres cas, la cause de cette prédisposition se retrouve dans une maladie ayant plus ou moins atteint le système nerveux. La jeune malade de Thore, à la suite d'une fièvre typhoïde, compliquée d'accidents cérébraux, survenue à l'âge de onze ans, avait vu son caractère devenir sombre et triste, et avait perdu la gaieté et l'entrain des enfants de son âge.

La puberté, agissant ainsi sur un terrain plus ou moins prédisposé, peut aboutir *sans cause occasionnelle* à l'aliénation mentale, ainsi chez Hoe..., chez L.... Le plus souvent cependant, l'éclosion de la maladie est provoquée par une *cause morale*, discussion (A...), effroi à la suite d'un incendie allumé par gaminerie (F...), chagrin produit par la rupture d'un mariage (obs. de Ritti), etc.

D'autres fois, la cause occasionnelle peut se retrouver dans une *suppression brusque de la menstruation* (obs. de Thore).

Si j'en croyais mon observation personnelle, j'admettrais que le *sexe masculin* favorise le développement de la manie choréique, comme nous l'avons vu, au contraire, le sexe féminin favoriser le développement de la stupeur lypémaniaque. Mais, tandis que je n'ai encore rencontré la manie choréique que chez l'homme, les différentes observations publiées dans la science se rapportent toutes à des jeunes filles, de sorte que, vous le voyez, le sexe ne semble pas jouer le rôle que semblerait lui assigner mon observation.

©BIUM

LA
PELLAGRE CHEZ LES ALIÉNÉS

Par le Dr Henry BONNET,
Directeur médecin en chef honoraire de l'Asile de Châlons-sur-Marne.

Dans un des derniers numéros des *Annales*, notre vénéré maître, le Dr Baillarger, a eu justement raison de faire la distinction de la paralysie pellagreuse d'avec la paralysie générale ; on ne saurait trop admirer sa belle insénescence qui veut toujours du travail et comprend, au suprême degré, que les grandes lois du progrès ne consistent pas toujours à inventer, mais à revenir sur des points traditionnels pour lesquels les maturités d'observation et de raisonnement doivent finir par former une jurisprudence scientifique.

Il est parfois bon d'exhumer quelque chose du passé, afin d'engager à ne pas trop vivre sur ce qu'on avait pu croire vrai, ainsi que sur des propositions n'ayant pas encore reçu un enterrement définitif.

La pellagre, qui a été dite propre aux aliénés, n'existe pas. C'est, à mon humble avis, un leurre scientifique complet.

Quoi qu'en ait dit Billod, lorsqu'en 1855 il présenta son premier mémoire à l'Académie de médecine, je n'ai jamais vu, dans ma longue pratique, rien qui pût autoriser à croire qu'une endémie de pellagre existât dans les asiles d'aliénés, pellagre ayant une spécialisation chez les insensés.

Une simple ressemblance, et encore très éloignée, dans des accidents dermiques qui ne se présentent que rare-

©BIUM

ment, a pu tromper jadis la religion du savant médecin de Sainte-Gemmes.

Il y quelque vingt ans, et après une campagne très nourrie du regretté Landouzy, de Reims, qui voyait de la pellagre partout chez les aliénés, j'eus une occasion favorable d'étudier de fort près cette affection dans le Milanais, dans plusieurs points de la Suisse et, un peu, dans la Haute-Savoie. Une enquête très suivie ne pouvait laisser aucun doute dans mon esprit sur le défaut de similitude des deux dermatoses, celle qu'on observe à l'état stationnaire dans les pays que je viens de nommer, qui m'a paru plus intense que celle des Landes ou d'une portion des Pyrénées, et l'autre faussement attribuée à des accidents très passagers qu'il est loisible d'observer, par exception, dans les asiles chez certaines individualités, sans qu'il y ait de troubles organiques généraux ou de contamination de voisinage.

Mon opinion formelle est que la pellagre est une ; et elle a son grand caractère *sui generis* qui lui donne sa place à part en philosophie médicale et qui, même en dermatologie, lui procure sa spécialisation. Il est à peu près fatal que l'aliénation mentale lui succède toujours ; mais la pellagre ne saurait jamais offrir, et sous quelque rapport que ce soit, un tableau pathologique s'inscrivant d'office dans le cours ou à la fin d'une psychose précessive, malgré tel type qu'on voudra attribuer à cette dernière.

La pellagre a son autonomie entièrement distincte de ce qu'on peut voir dans les maisons d'aliénés. Elle comporte une influence héréditaire des plus solidement caractérisées. Où est la genèse primitive? On l'ignore ; nous n'avons aucune donnée sur ce point négligé jusqu'à ce jour. — Nous trouvons *à posteriori*, des conditions climatologiques et géologiques d'inhérence propre, des éléments de vie *intrà* et *extrà* spéciaux aux indi-

©BIUM

vidus, de la misère et des conséquences physiologiques se cramponnant aux races et aux milieux d'où elles ne sortent pas.

La pellagre, telle qu'il m'a bien semblé la comprendre sur place, demanderait son hygiène à elle qui ne peut se trouver que dans un atavisme médical, dont la conclusion est bien difficile à trouver avec l'esprit et les mœurs des populations de telles et telles zones. — En définitive, nous avons, dans la vraie pellagre, tous les candidats possibles à l'aliénation mentale. — L'aperçu local montre en elle une rougeur plus ou moins confluente de la peau, au dos des mains principalement, et s'avançant sur les bras, au cou, aux pieds; à l'entour, la peau est lustrée; peu de tuméfaction; quelques papules et vésicules; rhagades; sécrétion légère de liquide; puis, peu à peu, durcissement de l'épiderme, exfoliation par lamelles; apparition d'un néoplasme érythémateux: cicatrisation et parcheminage qui s'atténue insensiblement sans cependant s'en aller.

Quand on cherche à remarquer chez les aliénés les symptômes dermiques ci-dessus, on ne peut que faire un constat de similitude et non pas d'égalité; on ne les voit jamais s'accompagner de troubles digestifs ou, au moins, de phénomènes ventraux ayant un analogisme avec ce qu'on voit dans la vraie pellagre, celle des Landes, et surtout celle du Milanais; dans aucun cas on n'aperçoit de troubles stomacaux autres que ceux de la misère physiologique reposant sur le vésanisme ordinaire. — Dans la vraie pellagre, la bouche est très fuligineuse, et les lèvres sont sanglantes; la cavité buccale présente des aphtes et du muguet; il y a du pyrosis et des sensations vomitoires, névralgie viscérale avec diarrhée devenant de plus en plus rebelle. — En même temps, se font entrevoir, et en s'accentuant chaque jour, des manifestations encéphalo-rachidiennes, lésions de la

©BIUM

sensibilité générale ou partielle, de la myotilité et de l'entendement; sous ce dernier côté, c'est le délire dépressif qui entre en scène, en prenant une large échelle de consistance jusqu'à aboutir à la complète stupeur. — Concurremment, les conditions somatiques s'accusent par une faiblesse qui se marque davantage, d'instant en instant; la marche est titubante; les extrémités offrent des fourmillements, de l'engourdissement et, même de la paralysie dont parle Baillarger; on constate des tremblements généraux, des hallucinations et, en fin de compte, un anéantissement graduel de l'organisme, et la mort arrive par tabétisme histologique général quand, toutefois, le suicide ne se présente pas, car, par un paradoxe scientifique que je me permets d'émettre, le suicide semble paraître congénital ou héréditaire dans la vraie pellagre.

Depuis Frappoli et Zanetti (1771 et 1778), c'est surtout à Stambio qu'on doit, en 1785, la plus belle description de la pellagre. Quelques Allemands, et Louis Franck entre autres, traitèrent aussi ce sujet; mais tous l'envisagèrent au même point de vue, et c'est peut-être le seul véritable; ils considérèrent, en effet, la pellagre comme maladie endémique localisée, parce qu'il leur semblait la voir tenir à des influences de zone géographique, d'habitat, de régime. L'affection lombarde était probablement la même; ce fut celle décrite par Odoardi sous le nom de scorbut des Alpes; en tout cas, c'est très certainement celle qui, apparaissant dans les Asturies, aurait été appelée *Mal de la rosa*, *Mal del sol*. — Le premier travail publié par un Français, fut celui de Levacher qui parut, en 1806, dans les mémoires de la Société d'Émulation; ce travail, peu complet, n'est que la répétition de ce qui avait été décrit en Italie par Stambio; on y trouve, seulement, une autre donnée consistant en ce qu'un mal identique avec celui du Mi-

©BIUM

lanais était apparu dans certaines régions du midi de la France. — Je crois, plutôt, que, par négligence scientifique, il avait été ignoré jusqu'alors ; le mal fut appelé « Mal de la Teste ». — Depuis, la pellagre de France, la pellagre des contrées méridionales a été soumise au creuset d'un examen scrupuleux ; mais, si on est loin d'être d'accord, même à l'heure actuelle, sur sa genèse et sa pathologie générale, on peut supposer une condition princeps héréditaire, unie à des arcanes de climatologie en même temps qu'à des raisons d'habitat et de déplorable hygiène. On a essayé d'invoquer un usage exclusif du maïs en alimentation et l'influence que pourrait exercer sur l'organisme le parasite fongoïde de Balardini qui s'attaque à cette céréale ; mais beaucoup de pays méridionaux qui se servent de maïs n'ont aucune tare pellagreuse ; on est donc forcé de revenir aux influences constitutionnelles, d'habitat et d'hygiène.

En 1790, il n'était parvenu, en France, aucune observation de pellagre ; et, cependant, les ouvrages de Frappoli et de Gherardini remontaient, l'un à 1771, et l'autre à 1780 ; celui de Stambio est de 1796. — On ignorait même, à Paris, que cette maladie fût endémique dans une partie de l'Europe. On l'avait rangée parmi les lèpres de la moindre espèce; quelques médecins l'avaient considérée comme une dartre sèche de nature spéciale. — En cela, il n'y avait rien de surprenant puisque la grande Révolution avait interrompu toutes études qui ne purent être reprises que plus tard. D'un autre côté, l'étude des maladies cutanées et leur physiologie pathologique qu'on fait beaucoup ressortir, maintenant, aux centres nerveux, était dans l'enfance; d'un autre côté, aussi, les voies de correspondance de la science n'avaient pas l'acception de nos jours; on se cantonnait beaucoup chez soi. — L'Italie avait une maladie à elle et

©BIUM

on la soignait, comme on pouvait, sans aucune reddition scientifique de frontière.

C'est à Jansen, médecin de Milan, qu'on doit, pour la première fois, l'envoi en France d'une description de pellagre observée dans le duché.

Je ne transcrirai pas, ici, la traduction parce qu'elle se rapporte à la symptomatologie que j'ai relatée plus haut. Ce tableau est, à peu de chose près, celui qu'on trouve et qu'on a trouvé chez tous les auteurs qui ont dépeint la vraie pellagre. — Cette affection est donc une cachexie particulière, constituée par un érythème spécial de la peau joint à une perturbation des fonctions digestives, de l'adynamie, des troubles nerveux se caractérisant de diverses manières sur la nutrition en lésant consécutivement la physiologie mentale. — C'est ainsi, je crois, qu'ont pensé Rayer, Gibert, Brierre de Boismont, Roussel; ces auteurs ont parlé, même, d'altérations anatomiques, phlegmasies des organes digestifs, lésions plus ou moins circonscrites des méninges, du cerveau et de la moelle, sans y voir de caractère constant et véritablement pathognomonique, sans chercher là plutôt qu'ailleurs une relation de cause à effet. — Pourtant, il y en a une. Tout doit faire supposer que le *primum movens* est héréditaire ou, parfois, simplement congénial; que les centres nerveux sont le réservoir spécial contaminé d'où partent les éléments morbigènes *sui generis* des fonctions cutanées; puis il se reproduira une inhibition réflexe vers les centres; les conditions pathologiques des facteurs viendront se corroborer mutuellement pour la mise en scène et les déterminations ultimes des phénomènes généraux dont un tabétisme spécial dessine invariablement la marche finale.

Des réflexions précédentes ressort un parallélisme qui ne sera jamais celui de Billod, de Landouzy et d'autres auteurs.

©BIUM

Il existe chez les aliénés lypémaniaques stupides, déments, idiots, un érythème pellagriforme n'apparaissant que très passagèrement et qui disparaît assez rapidement. Cet état cutané est indépendant de l'aliénation mentale, qui ne semble pas exercer d'influence sur la formation de la pellagre.

C'est à la misère physiologique, aux mauvaises conditions hygiéniques et d'alimentation dans laquelle se placent d'eux-mêmes les malades qu'on doit, surtout, rechercher l'origine de l'état pellagriforme marqué.

Quand l'état dermique se présente, il pourrait se faire — mais, jusqu'ici, je n'y crois pas — que la condition vésanique du malade, en produisant dans l'innervation des troubles inconnus jusqu'ici, aide à la continuité de l'affection. Or, jamais, chez les aliénés, il n'y a de continuité. Serait-ce, toutefois, une raison suffisante pour créer la folie pellagreuse, c'est-à-dire une entité nosologique spéciale aux aliénés? — Pour cela être, il faudrait que ce soit la lésion mentale qui ait été le *primum movens* de l'état pellagroïde; or, si elle concourt à quelque chose, ce ne serait qu'à la persistance du mal en exerçant une influence telle sur la volonté et les instincts de l'individu, qu'il se trouve normalement incapable d'obéir aux lois de son organisme; il en résulte une modification dans le rendement des actes physiologiques. — Le moral agit sur le physique en l'empêchant de se placer dans de bonnes conditions; mais il n'y a pas d'effet matériel spécial produit par l'aliénation.

L'état pellagriforme acquis par un certain genre d'aliénés disparaît rapidement par de simples soins d'hygiène; dès lors, les symptômes cutanés ne persistent pas et ne reviennent plus si l'on soustrait les individus en décadence mentale à leurs malpropretés habituelles et si l'on évite pour eux l'insolation; car il faut bien se pénétrer que tous les décadents perdent de leur chaleur

©BIUM

animale et recherchent instinctivement le soleil. — Donc, l'expression d'hibernation de la peau que j'ai émise, il y a déjà trente ans, chez les aliénés en misère est parfaitement vraie.

Le marasme qui apparaît chez des lypémaniaques stupides, déments, idiots, atteints, par coïncidence, d'affection pellagriforme, se présente sur le même mode que pour tous autres aliénés ordinaires ; il y a une distance énorme pour tout ce qui se passe chez les vrais pellagreux.

Lorsque ce genre d'aliénés est atteint de diarrhée chronique, je ne saurais jamais supposer qu'on devrait rapporter le dernier symptôme au premier. — A la fin de toute aliénation mentale la vie végétative s'exerce ; les élaborations se font vicieusement dans le plus minuscule tissu histologique. — Si, par une malheureuse conception, on veut assimiler les mélancoliques pellagreux ayant leur zone géographique bien déterminée avec nos lypémaniaques en décroissance, je dirai qu'on a un grand tort, parce que ceux-ci, sur leur déclin physiologique, n'ont pas, en nutrition, les rendements suffisants pour les phénomènes d'assimilation exigibles par les lois hygides dont le cycle formaliste est fatal et ne peut rien dévier de sa normale. — Si donc ce lypémaniaque, ou vésanique quelconque, s'amaigrit, a une diarrhée colliquative, devra-t-on attribuer ces symptômes à l'expression cutanée ? — Je ne vois aucune liaison. — Il me semble rationnel de conclure que l'état diarrhéique, le marasme, sont un corrolaire de l'affaiblissement progressif du vitalisme électro-dynamique et électro-sécréteur des fonctions départies à tous les infiniment petits de notre organisme.

L'état pellagriforme que nous observons dans les asiles n'est pas de la pellagre, puisqu'elle n'a avec elle qu'une simple analogie, et même d'éloignement, d'ex-

©BIUM

pression cutanée. — Pour admettre une variété, il faut toujours rentrer dans le genre ; or, pas d'état pellagreux sans les conditions que j'ai décrites au commencement de ce travail.

En résumé, l'affection cutanée qu'on a observée chez les aliénés et qu'on a attribuée à la vraie pellagre n'est pas de la pellagre. — Ce serait une très grande erreur clinique, parce qu'on remarque des phénomènes plus spécieux que réels, de les faire dériver de l'aliénation. Quand certains phénomènes généraux apparaissent, il ne me semble pas logique d'en conclure à une relation pellagreuse, parce qu'ils se distancient du tout au tout des formes cliniques de la vraie pellagre ; il n'y a, dans ces phénomènes généraux, qu'une coïncidence due à de mauvaises conditions hygiéniques et physiologiques dans lesquelles se placent d'eux-mêmes les malades, ainsi que dans le tabétisme dû à la forme vésanique qu'ils occupent dans le cadre nosologique. Ces malades n'ont pas, comme les pellagreux vrais, conscience du dermatologisme plus ou moins passager dont ils sont atteints, vivent comme les autres et ne succombent pas selon les modes spéciaux de la pellagre.

En résumé, l'aliénation mentale n'offre aucune condition de causalité pour le développement de la pellagre, et les manifestations pellagriformes cutanées sont dues uniquement à des circonstances qui ne dérivent que d'un simple milieu physiologique.

©BIUM

Thérapeutique.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LE TRAITEMENT DES ALIÉNÉS

QUINZE ANNÉES D'EXPÉRIENCE DANS LA DIRECTION D'UN ASILE D'ALIÉNÉS,

Par M. le Dr J.-A. CAMPBELL,
Médecin-directeur de l'asile d'aliénés du Comté, Carlisle (Angleterre).

Je dois tout d'abord adresser des remerciements aux directeurs des *Annales*, qui ont accueilli avec un aimable empressement la proposition d'exposer ici les résultats de mon expérience et de dire quelques mots des principaux faits qui ont spécialement attiré mon attention depuis que je m'occupe du traitement des aliénés. Après avoir terminé mes études, en 1865, à l'Université de Glasgow, je fus admis pendant quelque temps à observer le traitement mis en usage à l'asile d'Argyll. C'était pour moi une bonne fortune, car le service y était alors dirigé par le Dr Sibbald, qui occupe aujourd'hui avec distinction le poste de *Commissionner in Lunacy* pour l'Ecosse. Les écrits de cet aliéniste éminent montrent que, dans le traitement de ses malades, il ne se laissait guider par aucune idée préconçue, et qu'à une époque où, bien plus qu'aujourd'hui, le *restraint* était systématiquement proscrit, il ne se faisait point faute

©BIUM

de s'en servir quand il le jugeait plus avantageux que tout autre moyen de traitement (1).

Pendant une année ensuite, j'ai rempli les fonctions de médecin adjoint à l'asile de Durham, et je me souviens que le Dr Smith, qui était alors et qui est encore médecin de cet asile, ne négligeait rien de ce qui pouvait améliorer la situation des aliénés, pour qui il se montrait plein de bienveillance et d'égards. Il avait de beaucoup devancé les autres asiles pour tout ce qui était travail et distraction des malades, et embellissement de leurs quartiers; mais il avait alors une telle aversion pour tout mode de réclusion et de *restraint*, que je crois ne lui en avoir pas vu employer un seul. A mon avis, dans la lutte contre la maladie il ne faut dédaigner aucun moyen légitime, et repousser l'emploi d'un de ces moyens peut, en certains cas, être aussi préjudiciable que d'en faire abus. En 1867, je devins médecin adjoint de l'asile de Carlisle, où j'eus le privilège d'être sous la direction du Dr Clouston, qui est maintenant à Édimbourg. Je lui ai succédé en 1873. Le Dr Clouston a puissamment contribué à pousser la science médico-mentale dans la voie des études relatives aux rapports du corps et de l'esprit; ses recherches sur la valeur de certains moyens thérapeutiques contre la folie ont, sans aucun doute, amené les asiles de notre pays à adopter plus de méthode dans le traitement des aliénés.

Sans autre préambule, j'arrive maintenant à ce qui fait l'objet de ce mémoire.

Du traitement sédatif prolongé dans l'excitation maniaque. — Pendant que j'étais médecin adjoint, j'ai vu expérimenter, d'une manière méthodique, plusieurs modes de traitement sédatif contre la folie et je me suis spécialement appliqué à en déterminer la valeur cura-

(1) Voir *Compte rendu de l'asile d'Argyll pour 1886*, page 9.

©BIUM

tive. Pour exposer d'une façon pratique les divers points de la question présente, je crois devoir séparer en trois groupes les états d'excitation maniaque. Le premier groupe comprend les cas où, dans l'état actuel de la science, on ne peut pas dire qu'il y ait de lésion cérébrale, et où la guérison se produit assez rapidement pour permettre de croire qu'il ne s'agit réellement que d'un trouble fonctionnel ; à ce groupe appartient l'excitation qu'on observe dans les cas d'onanisme, dans la manie puerpérale, la manie aiguë, la folie alcoolique et la manie intermittente. Dans le second groupe se place l'excitation épileptique. Bien que l'on n'ait point encore découvert dans l'épilepsie des lésions spéciales et nettement déterminées, cependant on peut légitimement présumer qu'il en existe; cela ressort de la gravité de la maladie et de son évolution, où il survient des désordres à la fois de la motilité, de la sensibilité et de l'intelligence. Au troisième groupe appartient cette excitation, quelquefois dangereuse, qui est le propre de certaines formes morbides où il y a des lésions cérébrales bien déterminées; je me bornerai à indiquer ici la paralysie générale et la folie sénile avec dégénérescence artérielle.

Le premier groupe est d'une grande importance pour le médecin qui se préoccupe avant tout d'obtenir la guérison de ses malades. Tous les médecins d'asiles devraient faire un fréquent échange de leurs idées sur le traitement qui lui convient. Nous devrions aussi tenir grand compte des leçons de l'expérience, si nous voulons arriver enfin à une thérapeutique rationnelle. Les accès de manie intermittente, dans des cas qui se ressemblent en apparence, et quelquefois chez le même individu, présentent une grande diversité dans leur durée. Il est donc difficile de déterminer avec netteté, en cas d'amélioration, la part qui revient au traitement et celle qui

©BIUM

revient à l'action spontanée de la nature; et cette difficulté empêche d'apprécier exactement la valeur du traitement sédatif dans l'excitation maniaque. Quoi qu'il en soit, je vais exposer les résultats de ma pratique, et dire d'une manière générale le traitement que j'ai adopté contre certaines formes d'excitation. Je formulerai ensuite les conclusions auxquelles je suis arrivé.

En examinant mes notes et mon recueil d'observations, je constate tout d'abord que, dans les cas curables qui appartiennent au premier groupe, je fais aujourd'hui un usage beaucoup moins fréquent qu'autrefois du traitement sédatif énergique. Ma principale préoccupation a toujours été de ne point me laisser influencer par les systèmes préconçus, en vertu desquels le médecin arrive à prescrire le traitement auquel il a momentanément confiance, plutôt qu'à tenir compte des indications de la maladie.

Je suis convaincu que le traitement sédatif, employé pendant le jour, est nécessaire en certains cas, pour rendre le malade plus tranquille, mais que, continué trop longtemps, il perd tous ses avantages.

Prolongé outre mesure, il amène de l'hébétude et même de la stupeur persistantes. C'est surtout dans le cas de manie intermittente que j'emploie aujourd'hui le traitement sédatif, et j'avoue en toute sincérité que je le prescris autant dans l'intérêt des surveillants et de tout le personnel de l'asile que dans l'intérêt du malade lui-même.

Pendant quatorze années j'ai pris avec soin des notes sur le traitement sédatif prolongé; j'ai observé les faits avec attention et enregistré tous les résultats obtenus. Je diviserai ce temps en trois périodes, deux de cinq ans, la troisième de quatre années.

De 1873 à 1878, j'ai admis dans l'asile 576 malades; 276, soit 47 p. 100, présentaient de l'excitation ma-

©BIUM

niaque. Chez 28 d'entre eux, soit 10,1 p. 100, j'ai employé le traitement sédatif prolongé.

De 1878 à 1883, j'ai admis 677 malades, sur lesquels 274 (40,8 p. 100) étaient surtout des maniaques agités. Le traitement sédatif a été appliqué à 17, c'est-à-dire à 6,2 p. 100.

Enfin, de 1883 à 1887, sur 585 malades admis, 176 (30 p. 100) avaient de l'agitation. Parmi eux, 50 (28,4 p. 100) ont été soumis au traitement sédatif.

Pendant les cinq premières années, j'ai fait très grand usage du bromure de potassium, combiné à des teintures diverses, de *cannabis indica*, d'hyoscyamine, d'opium, de valériane. J'ai rarement prescrit la morphine et dans deux ou trois cas seulement j'en ai fait des injections sous-cutanées.

Dans les cinq années suivantes, j'ai abandonné l'emploi des calmants très énergiques; je trouve enfin que dans les quatre dernières années je n'ai guère fait usage que du bromure du potassium et cela en quantité juste suffisante pour émousser l'activité générale de l'organisme. Encore n'était-il administré que pendant un temps très limité.

J'arrive maintenant au traitement adopté dans les diverses formes de folie que j'ai énumérées.

Dans *la folie causée par l'onanisme,* je prescris une bonne alimentation, des toniques, de l'exercice au grand air, une douche le matin, et pendant la nuit une surveillance attentive. Dans quelques cas j'ai essayé de la circoncision. Si le traitement sédatif est nécessaire, j'emploie le bromure de potassium, à cause de ses propriétés anaphrodisiaques.

Pour la *manie puerpérale*, j'ai observé que la bonne alimentation, le traitement tonique, les soins donnés à l'hygiène générale, l'exercice au grand air quand les malades peuvent s'y prêter, contribuent à faire passer

©BIUM

rapidement l'excitation, et que la guérison est la tendance habituelle de la maladie. Les résultats du traitement ont été ici particulièrement heureux. Un de nos anciens adjoints, le Dr Macleod, aujourd'hui médecin-directeur de l'asile de Beverley, a fait le relevé des cas de manie puerpérale soignés à Carlisle dans les douze années qui vont jusqu'à 1885. Sur 61 cas, il a trouvé 80,6 p. 100 de guérisons et seulement trois décès (1). Je n'ai jamais vu personne mourir d'un accès de manie puerpérale, à moins que ce ne soit par le fait d'une maladie préexistante ou par le fait d'une maladie aiguë survenant au cours de cet accès.

En m'occupant de la *manie aiguë*, je n'entends nullement parler des cas de manie transitoire, qui durent une heure ou deux, dont la guérison est aussi rapide et complète que l'invasion en a été imprévue, et qui ne sont marqués par aucun signe prémonitoire. J'ai seulement en vue les faits que tous nous connaissons et que nous voyons en assez grand nombre. Je ne crois pas du tout que, dans l'état où se trouve habituellement l'excitation lorsque le malade est interné dans l'asile, nous puissions la faire avorter par aucune sorte de traitement; mais à un état antérieur, avant que l'excitation n'ait fait explosion et que la congestion cérébrale ne soit nettement déclarée, je ne vois pas pourquoi un traitement approprié, agissant directement sur les forces nerveuses, ne pourrait pas conjurer le mal. Dans bien des cas, certains modes de traitement peuvent sans aucun doute abréger la durée des accès ; mais aussi il y a des cas où aucun des traitements que nous connaissons ne peut, sinon d'une manière temporaire, exercer sur la maladie la moindre influence.

(1) *La folie puerpérale*, par le Dr Macleod, *British medical Journal*, août 1886.

©BIUM

Il est incontestable que dans certains cas un traitement vigoureux, énergique, notamment un purgatif, une saignée, un éméto-cathartique, les narcotiques puissants, un bain très chaud, etc., peuvent momentanément suspendre un accès de manie aiguë. Mais, à mon avis, le bénéfice que l'on peut en retirer n'est que transitoire; les risques courus sont grands, et les résultats obtenus ne sont pas suffisants pour qu'on puisse les ériger en principe.

Dans la *folie alcoolique*, l'excitation est rarement de longue durée. J'en ai soigné un nombre considérable de cas qui sont venus grossir la somme de guérisons que j'ai obtenues. Le traitement qui convient réellement le mieux aux malades, c'est un bon purgatif, une alimentation liquide, des libations copieuses d'eau froide et quelques jours de repos au grand air.

Pour la *manie intermittente*, où l'excitation poursuit une marche ascendante jusqu'à un point donné, c'est encore aux calmants que j'ai recours pour donner la tranquillité à certains malades et j'emploie les narcotiques autant dans leur intérêt que dans celui de leur entourage. En dernier lieu, j'ai prescrit à quelques malades de cette catégorie un régime formé de lait, de légumes et d'aliments farineux. Je crois en avoir obtenu de bons résultats. On sait que certains aliments chez certains individus déterminent de l'irritabilité, du malaise et peuvent aussi produire le contraire.

L'*épilepsie*, à l'asile de Carlisle, pendant les quinze dernières années et même pendant les années précédentes, a presque toujours été traitée par l'emploi prolongé du bromure de potassium, généralement à la dose de 4 grammes environ par jour en trois fois. D'après mes observations, ce médicament peut être pris pendant de longues années sans perdre son activité; il continue de diminuer le nombre des accès et l'irritabi-

©BIUM

lité nerveuse; il a toutefois pour inconvénient de favoriser les congestions passives à la base des poumons; elles sont dues sans doute à l'obtusion générale du système nerveux. Le Dr Macphail, qui était récemment mon adjoint, et qui maintenant est médecin-directeur de l'asile de Derby, a reconnu qu'il n'y avait aucun signe d'altération dans le sang d'épileptiques qui, pendant des périodes de deux, dix et même quinze ans, avaient pris chaque jour une moyenne de 5 grammes de bromure de potassium (1).

Relativement à la *paralysie générale*, étant donnée la terminaison absolument fatale de cette maladie, je ne me fais pas le moindre scrupule d'y employer les calmants à haute dose dans les accès d'excitation. L'expérience m'a amené à penser que les malades qui en sont atteints doivent prendre très peu de nourriture animale, que leur régime doit être soigneusement réglé et qu'ils doivent ne pas pouvoir manger suivant le caprice de leur appétit morbide; qu'un traitement approprié peut les empêcher de prendre trop d'embonpoint. Je crois que dans la dernière période de leur maladie on peut éviter les eschares; quand ils sont complètement paralysés on doit les tenir au lit, et non pas les installer plus ou moins bien sur des fauteuils plus ou moins merveilleusement construits. Je mets toutes ces idées en pratique et j'ai rarement des eschares chez mes malades atteints de paralysie générale.

Reste la *folie sénile*. Je puis résumer en quelques mots le traitement que je lui applique, à savoir de la propreté, de la nourriture, de la chaleur et l'emploi judicieux du malt et des boissons alcooliques. Il y a beaucoup d'asiles publics dont les salles ne sont pas

(1) Dr S. Rutherford Macphail, *Observations cliniques sur le sang des aliénés* in *Journal of mental science*, octobre 1884.

©BIUM

suffisamment bien chauffées pour les malades de cette catégorie. Une nuit d'insomnie et de froid suffit souvent pour amener une bronchite, une pneumonie, qui vient compliquer l'état du malade et souvent causer sa mort.

Disons maintenant quelques mots de l'*insomnie*. J'ai fait, il y a quelques années, des expériences relatives à l'influence de certains médicaments sur l'excitation maniaque et sur l'insomnie (1) ; je suis arrivé à des conclusions qui ont fait impression sur moi et qui pendant quelque temps m'ont dirigé dans ma pratique. Je mentionnerai les deux principales :

1° Les calmants employés la nuit pour produire le sommeil donnent de meilleurs résultats que s'ils sont prescrits pendant le jour.

2° Bien que le chloral soit un narcotique excellent, il peut, en étant donné trop souvent, devenir dangereux par son action sur le cœur.

Voici maintenant quelle a été ma pratique. De 1873 à 1878, j'ai employé les narcotiques chez 101 des 576 malades admis, soit 17,5 p. 100. De 1878 à 1883, je les ai employés chez 50 malades sur 677, c'est-à-dire seulement chez 7,3 p. 100. Enfin, dans ces quatre dernières années, je les ai administrés à 43 malades, soit à 7,6 p. 100 des 585 admis durant cette période.

Tout comme la plupart des médecins, j'ai eu recours aux agents narcotiques de toute sorte. Pendant quelque temps, j'ai été très entiché de l'hydrate de chloral. Dans certains cas de mélancolie légère, j'ai reconnu que 3 à 4 grammes de bromure de potassium avec 60 gouttes de teinture de valériane suffisaient pour amener le sommeil. Tout récemment j'ai donné la préférence

(1) *De l'efficacité relative de l'hyoscyamine, du bromure de potassium et du chloral.* — *Journal of mental Science*, 1872.

©BIUM

à la paraldéhyde, à la dose de 30 à 80 gouttes; au point de vue du sommeil, elle a tous les avantages du chloral sans avoir sur le cœur la même influence dépressive; au contraire, elle augmente la force et le volume du pouls. Je l'ai employée largement et je m'en suis toujours bien trouvé. J'ai encore essayé l'uréthane, mais je considère son action comme moins sûre que celle de la paraldéhyde.

Pendant bien des années j'ai évité l'emploi de l'opium et de ses préparations, à cause de ses effets ultérieurs.

Grâce aux traitements bien appropriés, l'insomnie n'est plus, je crois, aussi commune qu'elle était autrefois dans cette maladie qu'on nomme la folie et qu'on traite dans les asiles. Pour les individus dont la maladie est récente, il faut avoir soin d'assurer la tranquillité autour d'eux pendant la nuit. Ce n'est point parce qu'une nuit aura été mauvaise qu'il faut nécessairement administrer un narcotique la nuit suivante. Il serait fort avantageux d'obtenir que les habitudes d'insomnie, toujours difficiles à perdre, et qui ont une si déplorable influence sur le système nerveux et sur les fonctions digestives, pussent être corrigées par l'emploi continu de ce qu'on nomme les narcotiques. Pour donner à l'organisme fatigué ce réparateur bienfaisant, qui est le doux sommeil, il faut parfois bien peu de chose, l'exercice au grand air, un petit purgatif, tenir au malade les pieds chauds lorsqu'il se met au lit, veiller à ce que son dernier repas soit léger, dans quelques cas lui donner ce qu'on appelle familièrement son bonnet de nuit, c'est-à-dire un peu de whiskey dans de l'eau chaude, enfin tout disposer pour que son sommeil ne soit pas hâtivement interrompu le matin.

De la douche matinale dans le traitement de certaines formes de folie. — A l'époque où j'étais médecin adjoint

©BIUM

à Carlisle, j'ai fait quelques recherches sur les résultats obtenus, de 1868 à 1872, par la douche matinale (1). J'ai soumis à ce traitement 51 hommes et 67 femmes; après une observation soigneuse j'ai reconnu que ce traitement était utile dans la manie hystérique des jeunes filles, dans l'état à peu près analogue des garçons et des jeunes gens, état qui tient à des influences sexuelles, dans la période d'affaissement de la manie puerpérale, enfin dans les cas où l'excitation persiste sans se rattacher à des causes organiques.

La douche était donnée pendant une demi-minute et seulement depuis la fin de mai jusqu'à septembre. Avant de l'administrer, il faut toujours que les organes du malade aient été examinés. Comme les douches ne sont jamais données dans notre asile qu'à titre de remède, elles sont toujours acceptées sans répugnance.

Au cours de ces quinze années qui finissent à 1887, je trouve que la douche matinale a été administrée à 307 malades, pendant des périodes plus ou moins longues. Un grand nombre d'entre eux ont guéri; un grand nombre aussi en ont tiré grand profit pour leur santé physique, et comme les malades étaient toujours surveillés avec soin, je puis affirmer qu'aucun d'eux n'a eu à souffrir du traitement. L'expérience plus complète que j'ai acquise m'a confirmé la valeur des conclusions auxquelles j'étais arrivé en 1872, conclusions qui ne s'appuyaient alors que sur un nombre de faits relativement limité.

Exercice au grand air. — Je ne saurais trop vanter les avantages de la vie au grand air, dans le traitement de l'excitation maniaque. Pendant les quinze dernières années j'ai veillé attentivement à ce que, toutes les fois

(1) *La douche dans le traitement de la folie. — Journal of mental Science*, 1873.

©BIUM

que le temps et l'état physique des malades le permettaient, ceux qui étaient atteints de manie aiguë fussent conduits au dehors, et qu'on les fît promener en les laissant s'asseoir de temps à autre. Il faut, en pareil cas, faire attention à ce que les pieds des malades soient garnis de bonnes chaussures, afin d'éviter les ampoules. Il est tout à fait étonnant de voir avec quelle rapidité l'exercice musculaire prolongé au grand air fait disparaître les tendances les plus désagréables de l'excitation maniaque, et notamment la plus nuisible de toutes, le besoin de faire du tapage, qui est une cause de trouble pour tous les habitants d'un asile et qui surexcite de la pire manière les malades émotifs. On sait que lorsqu'on demande aux facultés mentales un surcroît de travail, on sent parfois que les régions pensantes du cerveau s'excitent outre mesure, qu'elles travaillent trop rapidement, et qu'il en est ainsi même pendant le sommeil. La tête et les oreilles deviennent chaudes, on éprouve dans la tête un sentiment de plénitude ; les pieds se refroidissent, et la digestion, si elle n'est point arrêtée, se trouble complètement. C'est naturellement l'excitation nerveuse et son influence sur l'afflux du sang au cerveau qui cause le malaise; si l'on reste sédentaire, à ce moment, la situation ne s'améliore pas aisément; au contraire l'exercice musculaire au dehors permet aux centres nerveux de reprendre leur équilibre. Or, l'excitation de la manie aiguë, là où il n'y a pas de lésions organiques, est simplement l'exagération de l'état que je viens de décrire. En général, quatre ou cinq jours de vie au grand air rendent les malades tranquilles et permettent de les réunir aux autres. Cependant il faut reconnaître que, dans quelques cas exceptionnels, l'excitation persiste plus longtemps.

J'ai noté soigneusement les effets de l'exercice pro-

©BIUM

longé sur l'excitation des malades que j'ai reçus en 1883 et en 1884. Il y en avait 56 atteints d'excitation maniaque, 28 de chaque sexe. La durée moyenne de l'excitation a été de 14 jours, 13 jours les hommes, 16 jours les femmes. Deux hommes ont continué d'être excités pendant un mois, un autre pendant deux mois ; et du côté des femmes, quatre ont eu de l'excitation persistante pendant 5, 6, 8 et 10 semaines. Tous ces malades ont été spécialement traités par l'exercice au grand air et une bonne nourriture. On les tenait dehors tant qu'ils n'étaient pas fatigués et que le temps le permettait. Les calmants ont été employés dans 14 cas, mais simplement pour donner de la tranquillité et encore n'était-ce que d'une manière transitoire. Les narcotiques ont été donnés une ou deux fois à six de ces malades, et seulement lorsque le sommeil de la nuit n'était pas venu après un jour ou deux d'exercice.

La diminution de l'excitation a été bien observée à partir du moment où le malade peut être placé dans les quartiers ordinaires, ou bien envoyé aux ateliers, et qu'il devient calme dans son attitude et ses mouvements. Je sais qu'il est difficile en général d'apprécier les troubles intellectuels, mais je crois que tout le monde est apte à reconnaître la manie aiguë, à la différencier de l'état où se trouve un malade que l'on voit livré à lui-même, habiter une chambre où l'ameublement est complet.

Une conviction nette chez moi, c'est que les malades atteints de manie aiguë doivent être isolés, séparés des autres malades. Je suis certain que l'exercice musculaire persistant au grand air est le moyen le plus raisonnable, le plus rapide et le plus naturel de provoquer leur guérison.

La manie aiguë peut suivre son cours sans que la santé physique soit sensiblement ébranlée, si le traite-

©BIUM

ment est judicieusement institué, et sans qu'il soit besoin d'une nourriture extrêmement abondante. Cela n'est point une simple opinion, mais bien le résultat d'une observation attentive. Je pourrais produire bien des faits à l'appui, mais cela m'entraînerait trop loin.

Quand je fus chargé de la direction de l'asile de Carlisle, le quartier des femmes atteintes de folie chronique était un foyer de bruit et de désordre ; il n'était pas du tout extraordinaire de voir des fenêtres dont les vitres étaient brisées, et des malades qui avaient les yeux pochés. Toute tentative pour orner les salles, pour y mettre des vases de fleurs, était considerée comme inutile ; on craignait que les vases ne servissent de projectiles. Les préaux des femmes étaient comme un désert ; on y faisait à peine croître un peu de gazon, et cet état de choses persistait en dépit de tous les moyens employés pour calmer les malades. En mettant à part les plus agitées, en faisant faire de l'exercice, en soumettant au travail toutes les fois que cela était possible, j'ai vu rapidement la situation changer, et faire place à une tranquillité de jour et de nuit à laquelle on avait peine à croire.

Au cas où l'on croirait que mon enthousiasme pour l'exercice au grand air est exagéré, et que je donne des couleurs trop flatteuses au tableau que je fais des résultats obtenus dans mon asile, je citerai deux passages des rapports faits par les *Commissionners in Lunacy* après leurs inspections.

« Les préaux, disent-ils, sont admirablement tenus ; l'habitude qu'on a d'en faire sortir les femmes existe toujours, et, sans aucun doute, contribue grandement à produire le bon ordre qu'on observe dans leurs salles, et qui diffère beaucoup du bruit et de l'agitation que nous y avons observés autrefois (1). »

(1) *Rapport* de 1876.

©BIUM

« Quant aux préaux, qui sont en réalité des jardins disposés avec beaucoup de bon goût, ils sont la contradiction flagrante de cette opinion que nous entendons si fréquemment soutenir dans nos inspections, à savoir qu'il est impossible d'entretenir des fleurs dans les quartiers des malades agités (1). »

Alimentation artificielle. — L'appétit dans la folie. — Ma règle est de recourir à l'alimentation forcée seulement alors que le malade est resté deux jours entiers sans prendre de nourriture. Dans quelques cas exceptionnels, où j'avais de bonnes raisons de croire que le malade finirait par manger, j'ai attendu un peu plus longtemps. Depuis plus de quinze ans je me sers d'un appareil à pompe, muni d'une sonde en caoutchouc très souple. Je n'ai pas souvenir d'avoir eu un seul malade blessé le moins du monde par l'emploi de l'instrument. J'ai la conviction qu'en intervenant très vite, non seulement on conserve la vie aux malades, mais encore qu'on les empêche de tomber dans la démence. Plusieurs malades ont été artificiellement nourris par moi pendant un long temps, l'un d'eux pendant plus de deux ans. Il y a bien des manières de voir différentes, non seulement sur les ingrédients qu'il faut donner aux malades pour rendre l'alimentation plus substantielle, mais encore sur la voie qu'il faut prendre pour introduire les aliments dans le tube digestif, nez, bouche ou rectum. Je préfère de beaucoup faire passer la nourriture par les voies naturelles; j'admets cependant que dans quelques cas rares il peut être préférable d'agir autrement; tels sont les cas où la gorge a été coupée dans une tentative de suicide, et ceux où il y a une maladie de l'œsophage. Dans un cas du premier genre, le malade a été nourri

(1) *Rapport* de 1878.

©BIUM

pendant vingt-un jours à l'aide de lavements, et n'a guère perdu qu'un demi-kilogramme (1).

J'ai actuellement dans mon asile un individu qui peut à volonté, après chaque repas, régurgiter sa nourriture. Il se met sur le dos, retient sa respiration et parvient à projeter les aliments en un jet de plusieurs pieds de haut.

Disons maintenant quelques mots de l'appétit chez les aliénés. La population à laquelle appartiennent les malades de Carlisle vit fort bien et peut non seulement se procurer une bonne nourriture, mais aussi l'avoir en abondance. Hommes et femmes sont bien développés. Et cependant ceux qui sont malades depuis peu de temps se nourrissent fort mal, et souvent même refusent de manger. Cela se produit chez eux bien plus fréquemment que chez les malades analogues des autres districts d'Angleterre, et même, comme je le tiens de plusieurs médecins d'asiles, que chez ceux d'Écosse et d'Irlande.

Un grand nombre des malades admis à l'asile à la première période de leur maladie semblent manquer d'appétit; la nourriture leur répugne, et dans bien des cas cette disposition entrave à un haut degré le traitement du début. Pendant la convalescence l'appétit redevient vigoureux; souvent même pendant quelque temps les malades mangent avec voracité, jusqu'à ce qu'enfin leur appétit revienne à son état normal.

En 1886 j'ai tout particulièrement examiné l'état de l'appétit chez 567 de mes malades, et j'ai trouvé qu'en général les aliénés chroniques et les convalescents ont toujours un appétit bon et régulier. Chez les individus malades depuis peu, j'ai reconnu qu'il en était tout dif-

(1) *L'appétit dans la folie. — Journal of mental Science*, juill. 1886.

©BIUM

féremment. Sur les 50 derniers malades, hommes ou femmes, admis à cette date, j'ai trouvé que : 1° pour les hommes, 25 mangeaient fort mal, il fallait les y exciter; 5 ont commencé par refuser presque complètement la nourriture, 2 étaient voraces, 1 avait l'appétit perverti; chez 17 seulement l'appétit était normal : 2° pour les femmes, 32 avaient très mauvais appétit, et ne se laissaient point alimenter sans résistance ; 18 avaient l'appétit normal.

De 1879 à 1882, j'ai admis 495 malades : sur ce nombre 38 p. 100 avaient besoin de traitement tonique. En 1885, sur 62 hommes du district admis dans l'asile, 25 réclamaient un traitement tonique immédiat. La même annéej'ai reçu 51 femmes dont 25, soit 49 p. 100, avaient besoin d'être tonifiées.

C'est un fait bien connu que la voracité des malades atteints de paralysie générale, d'épilepsie, et de quelques individus atteints de manie chronique; il en est de même pour certains aliénés dont la folie est due à l'onanisme. Il y a longtemps qu'on a observé le défaut d'appétit chez les mélancoliques. J'ai vu des cas de très forte agitation maniaque où les malades parlaient avec tant d'abondance et de rapidité qu'ils n'avaient pas le temps d'avaler; j'ai vu alors obtenir de très bons résultats de l'alimentation artificielle. Dans certains cas que j'ai observés, l'intensité de l'agitation était telle, qu'elle semblait empêcher l'estomac et les intestins de remplir leurs fonctions digestives ; les aliments les traversaient sans y subir la moindre modification, et les malades ne tardaient pas à mourir d'épuisement. J'ai vu le même fait se produire, mais pour une raison inverse, chez des mélancoliques. Avant leur internement, ils étaient peu à peu arrivés à tomber dans une véritable inanition ; amenés à l'asile, ils mouraient bientôt, et l'on trouvait dans leurs viscères des aliments qui n'étaient aucune-

©BIUM

ment modifiés; ils avaient perdu leurs fonctions d'assimilation.

On a longuement écrit sur les perversions de l'appétit; j'en ai vu des exemples tout à fait répugnants. On dit que les malades qui mangent leurs matières fécales, boivent leur urine ou avalent le contenu des crachoirs, guérissent rarement. Cependant j'ai vu guérir des individus qui avaient commis les deux premières sortes d'actes dépravés.

Isolement et contrainte. — En Angleterre nous appliquons le mot de *séclusion* à l'isolement absolu, à la mise en cellule. Les raisons qui m'ont amené à mettre en usage ce mode d'isolement sont les suivantes :

1° L'intérêt du malade au point de vue du traitement;

2° Sa sécurité, qu'il soit curable ou incurable ;

3° La sécurité des autres malades et des employés de l'asile pendant la durée d'un accès de très grande agitation.

Dans de rares circonstances il peut être nécessaire d'isoler, par mesure de discipline, des malades chez qui la folie se combine à une méchanceté naturelle. L'isolement est le mode de traitement le plus judicieux et le meilleur dans la manie épileptique, dans l'excitation délirante et la paralysie générale, et dans certains états de manie aiguë. En Angleterre, on a pendant longtemps abusé de la mise en cellule; je ne crois pas qu'il en soit encore ainsi maintenant. Il n'y a pas lieu de tirer vanité de ce que la séclusion n'est plus guère en usage ; car dans les asiles aussi bien qu'ailleurs, le médecin doit avant tout se préoccuper du malade, et non pas de l'opinion publique. Il vaut certainement mieux vivre isolé que de mourir en compagnie. Si je rencontrais dans un asile un grand nombre de cas de séclusion chez des aliénés chroniques n'étant atteints ni d'épilepsie ni de

©BIUM

TABLEAU montrant le nombre de malades pour qui la séclusion ou le restraint ont été employés pendant les quinze années de 1873 à 1887 inclusivement.

ANNÉES	SÉCLUSION							RESTRAINT						
	NOMBRE DE MALADES	NOMBRE D'ÉPILEPTIQUES	NOMBRE DE PARALYTIQUES GÉNÉRAUX	NOMBRE D'ÉPILEPTIQUES et de paralytiques généraux mis en cellule.	DURÉE DE LA SÉCLUSION	AUTRES MALADES MIS EN CELLULE	DURÉE DE LA SÉCLUSION	NOMBRE D'INDIVIDUS SOUMIS AU RESTRAINT	DURÉE DU RESTRAINT	DIVERS MODES DE RESTRAINT MIS EN USAGE			POUR CAUSE DE MALADIES CHIRURGICALES	POUR AUTRES CAUSES
					heures.		heures.		heures.	CAMISOLES	ENTRAVES	GANTS		
1873	427	41	14	10	859	28	343	4	1548	3	1	»	4	»
1874	418	43	19	14	1628	17	185	4	1533	4	»	»	4	»
1875	423	46	20	12	1339	14	685	4	156	2	2	»	4	»
1876	421	48	20	9	1112	13	871	1	122	1	»	»	»	1
1877	429	51	21	7	1198	10	375	8	4954	7	1	»	7	1
1878	431	43	22	5	259	10	301	3	4301	3	»	»	3	»
1879	436	48	23	8	215	9	64	3	544	3	»	»	3	»
1880	439	45	21	11	287	5	36	8	7034	6	»	2	8	»
1881	440	38	17	8	191	7	283	3	1344	3	»	»	3	»
1882	452	44	13	7	150	7	72	5	1076	5	»	»	5	»
1883	494	53	12	4	80	6	140	5	1679	5	»	»	5	»
1884	536	57	16	3	55	5	49	6	2518	5	»	1	6	»
1885	546	58	18	4	165	2	81	4	5198	3	»	1	4	»
1886	567	49	21	5	137	4	126	2	408	2	»	»	2	»
1887	583	52	18	5	139	4	75	3	888	3	»	»	3	»

©BIUM

paralysie générale, je pourrais me demander s'il n'y a point abus ; mais il n'y a abus que lorsque la séclusion n'est qu'un moyen de se débarrasser des malades désordonnés.

Disons quelques mots de la contrainte. Je l'ai toujours mise en usage dans les cas de maladie chirurgicale, pour des malades qui enlevaient leurs pansements et empêchaient ainsi la guérison. Suivant les circonstances, j'ai employé la camisole, les entraves ou les gants de force. Je donne ci-après un tableau indiquant l'usage que j'ai fait de la séclusion et de la contrainte pendant quinze années. Il m'est arrivé d'employer la contrainte pour un malade dont la violence était persistante et chez lequel tous les autres moyens avaient échoué. Il peut se présenter ainsi quelques cas où, après que les moyens raisonnables ont été tentés, il est nécessaire à mon avis, dans l'intérêt des malades aussi bien que dans l'intérêt de ceux qui les entourent, aliénés ou gens sains d'esprit, de recourir à ce mode de traitement. C'est récemment, en 1888, que j'ai eu à m'occuper d'un malade de cette sorte.

Infirmiers. — En Angleterre, on a jusqu'ici beaucoup trop attendu des infirmiers des asiles d'aliénés. On a beaucoup écrit et disserté sur les moyens de se procurer de bons serviteurs. Je suis convaincu que la solution de la question qui les concerne est facile ; qu'on leur donne des gages convenables, qu'on mesure d'une manière raisonnable les heures de service, qu'on donne à leurs fonctions des avantages enviables, et non seulement on y trouvera des candidats, mais on y verra rester ceux qui auront été acceptés.

A l'asile de Carlisle la proportion des surveillants de jour est de un pour quatorze malades d'un sexe comme de l'autre, sans compter les surveillants en chef, les ouvriers, les femmes employées à la cuisine et à la

©BIUM

buanderie. Pour une population d'environ six cents malades, il y a trois surveillants de nuit du côté de chaque sexe; l'un est chargé de l'infirmerie, l'autre s'occupe des épileptiques et des malades à idées de suicide, le troisième exerce la surveillance générale sur tout l'ensemble de l'asile et de ses habitants. C'est en 1876, pour les hommes, et en 1878 pour les femmes, que j'ai organisé une surveillance spéciale des épileptiques et des suicides. Précédemment il était arrivé que plusieurs décès s'étaient produits au milieu d'accès nocturnes, et l'on avait compté jusqu'à deux suicides dans une année. Depuis l'établissement de dortoirs spéciaux pour les malades de ces catégories, aucun décès de ce genre n'est survenu. Il est incontestable que la surveillance de nuit permet de prévenir les décès par asphyxie, qu'elle diminue les chances de terminaison fatale au milieu d'un accès d'épilepsie, qu'elle empêche les épileptiques de chercher querelle à leurs voisins de dortoir; enfin, par le soin que l'on prend de veiller à ce qu'ils ne souillent pas leur literie, elle contribue à donner aux malades, même les plus affaissés d'intelligence, des habitudes de propreté.

De grands éloges sont dus en Angleterre aux *Commissionners in Lunacy* pour les progrès qu'ils ont fait faire dans ces dernières années à la surveillance de nuit dans les asiles. Quelques directeurs en agissaient sur ce sujet d'une manière qui me semble tout à fait erronée et retardaient autant qu'ils le pouvaient de suivre les progrès obtenus. Un groupe bien constitué de surveillants de nuit est de nature à donner aux médecins chargés du service une grande tranquillité morale, et leur garantit la sécurité contre tous les accidents qu'il est possible d'empêcher.

Dans les asiles où la population est formée surtout de gens de la campagne, je crois que l'on pourra réa-

©BIUM

liser encore un progrès nouveau, qui serait d'une réelle importance au point de vue du traitement proprement dit ; ce serait d'y introduire en plus grand nombre des journaliers, et de diviser les travailleurs en plus petits groupes, de manière à obtenir des travaux qui mettent beaucoup plus en jeu l'intelligence de ceux qui y sont occupés ; actuellement, dans beaucoup d'asiles d'Angleterre, nos malades sont conduits au travail en bandes beaucoup trop nombreuses, ce qui leur donne une tendance à tomber dans un état d'indifférence, de stupidité, d'automatisme qu'il serait avantageux d'éviter.

De l'hématome de l'oreille ; de l'épaississement et des déformations qui en résultent. — Bucknill et Tuke ont écrit ce qui suit : « Nous avons observé ce curieux accident une vingtaine de fois, mais nous ne l'avons jamais vu que chez des aliénés (1). » Quant à moi, j'ai vu un docteur en médecine qui n'avait pas été aliéné, et dont l'oreille s'était déformée à la suite d'un coup violent ; j'ai vu un lutteur dont les deux oreilles étaient épaissies et déformées, exactement comme le sont les oreilles des aliénés. J'ai vu encore la même déformation chez un chat, qu'on ne pouvait guère supposer atteint d'aliénation mentale.

Certains aliénés ont une tendance aux accidents dégénératifs, qui fait que chez eux la tumeur sanguine peut survenir à la moindre occasion. Je crois néanmoins que, quelle que soit la prédisposition, la violence est souvent la cause immédiate de l'hématome de l'oreille.

J'observe moins souvent qu'autrefois la déformation de l'oreille chez les aliénés. J'examine avec soin les oreilles de mes malades agités, et malgré la persistance

(1) Bucknill and H. Tuke. *Psychological medicine*, 3e édition, page 433, 1876. Dans la 4e édition (1879), cette proportion est considérablement changée.

©BIUM

de leur agitation, je les vois bien plus rarement atteints d'hématome de l'oreille aujourd'hui que je ne les voyais il y a dix ou douze ans, et notamment à l'époque où j'étais médecin adjoint. Le 28 juin 1888, j'ai passé en revue les oreilles des trois cent huit malades hommes que j'avais ce jour-là dans mon asile. Il y en avait neuf dont une ou les deux oreilles étaient déformées à la suite d'hématome. Renseignements pris sur le passé, j'ai trouvé que l'un d'eux avait les deux oreilles altérées au moment de son admission; chez deux seulement, l'hématome était survenu depuis moins de cinq ans. Ces deux malades avaient traversé une longue période d'agitation et de désordre. Les autres, sauf un, avaient les oreilles déformées depuis plus de dix ans. Le 29 juin, j'ai examiné les oreilles des deux cent soixante-quinze femmes de l'asile ; j'en ai trouvé quatre chez qui la déformation existait. L'une d'elles l'avait depuis moins de cinq ans ; chez les autres elle datait de dix-huit, quatorze et sept ans. Il serait intéressant qu'un relevé semblable fût fait dans tous les asiles d'Angleterre ; il pourrait servir d'enseignement pour prévenir la production de l'hématome de l'oreille.

Je sais que cet accident est habituellement regardé comme un signe d'incurabilité. J'ai vu, quant à moi, guérir plusieurs malades qui en avaient été victimes.

De l'odeur des aliénés. — Il fut un temps où l'odeur particulière des asiles était attribuée à des émanations spéciales des aliénés. L'emploi régulier des bains et les soins de propreté l'ont fait disparaître. J'ai observé toutefois deux malades dont la sueur était fétide et dont les évacuations avaient une odeur singulièrement pénétrante. Mais j'ai noté également des dispositions du même genre chez des individus sains d'esprit.

De la phtisie cachée. — Les anciens auteurs rapportent qu'ils ont souvent trouvé des traces de phtisie à

©BIUM

l'autopsie d'individus qui, dans le cours de leur existence, n'avaient présenté ni toux, ni sueurs nocturnes, ni les autres signes pulmonaires de la maladie. Mon expérience n'est nullement d'accord avec ces données. Depuis que je suis entré dans les asiles, j'ai examiné avec soin les malades à leur admission. J'ai rarement vu la mort survenir à la suite d'une phtisie méconnue. La grande majorité des individus qui ont succombé à cette maladie avaient été reconnus phtisiques à leur admission. Je crois, du reste, que la bonne hygiène amène des améliorations rapides, et que la phtisie ne se développe plus dans les asiles aussi communément qu'elle le faisait autrefois.

Encore quelques mots avant de terminer ces considérations, bien que je craigne d'en avoir déjà dit trop long sur des sujets qui n'ont rien de nouveau, mais qui cependant ont un intérêt constant pour quiconque est chargé de la direction d'un asile.

Pour ce qui concerne les maladies chirurgicales, les forces réparatrices, chez les aliénés qui ne sont atteints ni d'épilepsie, ni de paralysie générale, paraissent à peu près aussi grandes que chez les individus sains d'esprit. J'ai rarement vu se terminer mal les lésions des tissus mous ou les fractures des os; et cependant, au cours de ma pratique, j'ai observé un bon nombre des unes et des autres.

Les eschares sont rares ici; je passe souvent une longue période de temps sans en rencontrer. Il y a des cas de paralysie générale et d'épilepsie où il est impossible d'empêcher qu'elles ne se produisent; dans quelques-uns de ces cas, où les forces vitales sont amoindries par une série de convulsions, j'ai vu les eschares se développer dans le dos, aux épaules, aux talons, au bout d'une seule nuit de séjour au lit.

J'ai passé plusieurs années sans avoir la moindre

©BIUM

nécessité d'employer des vêtements de force spéciaux pour mes malades, et pour ce qui est des lits de force, bien qu'il y en ait dans chaque division, il est très rare qu'on s'en serve.

J'ai vu dans quelques cas la guérison survenir après plusieurs années de maladie. Mes observations les plus remarquables de ce genre concernent deux femmes et un homme qui ont été soignés par moi pendant quatorze, dix-sept et dix-neuf ans (1).

Pendant les quinze années dont je viens de m'occuper, j'ai fait faire l'autopsie de tous les individus morts dans l'asile, et j'espère, dans un mémoire ultérieur, faire connaître les principales particularités anatomopathologiques que nous avons rencontrées.

Je n'ai vu qu'une tentative de suicide suivie de mort ; mais j'ai vu plusieurs fois des accidents mortels survenir à des malades qui s'étaient évadés ou bien dont la sortie avait été tentée à titre d'essai avant guérison certaine. Je ne suis nullement partisan de ces sorties à titre d'essai, dont les avantages ne me semblent nullement compenser les risques qu'elles font courir.

La proportion des guérisons pendant ces quinze années a été de 44,9 pour 100 du nombre des admissions, et encore parmi celles-ci faut-il compter soixante individus atteints de folie chronique qui avaient déjà été traités ailleurs ou qui étaient transférés d'un autre asile.

La moyenne des décès a été de 8,5 pour 100 du nombre des habitants de l'asile.

Arrivé au terme de ce travail, je demande l'indulgence pour ses imperfections, sur lesquelles je ne m'illusionne point. Mon seul désir serait de provoquer, pour les asiles de France, quelque compte rendu analogue au mien, donnant les résultats de l'expérience acquise.

---

(1) *Trois cas de guérison après une longue persistance de la folie.* — *American Journal of Insanity*, juillet 1888.

©BIUM

Médecine légale.

ALIÉNATION MENTALE MÉCONNUE

SOUPÇON DE SIMULATION,

Par le Dr H. DAGONET.

La simulation de la folie présente, dans certains cas, de sérieuses difficultés pour le diagnostic.

« Il est peu de maladies, disent les auteurs de l'article *Simulation* du *Dict. des sc. méd.*, 1821 (Percy et Laurent), plus faciles et plus commodes à simuler que la folie, la manie, l'extase, etc., et c'est pour cette raison peut-être que plusieurs personnages célèbres dans l'antiquité et de nos jours ont préféré ce moyen à tout autre pour tromper leurs concitoyens et se soustraire à des dangers dont ils étaient menacés. La simulation de la folie a eu lieu de tout temps. Ulysse fit le fou pour ne point aller à la guerre contre les Troyens et l'on sait comment sa ruse fut découverte. Le roi David et Solon l'Athénien feignirent aussi la folie pour se dérober à des dangers imminents. Junius, sous les apparences d'une imbécillité brutale qui le fit nommer Brutus, parvint à déguiser la haine qu'il avait jurée aux Tarquins. »

Cependant le médecin arrivera à découvrir la fraude

©BIUM

s'il a présents à l'esprit les moyens habituellement employés par les individus qui ont intérêt à simuler un état d'aliénation mentale, et s'il est au courant des faits qui se rattachent à cette question.

Il faut imiter tant de choses pour simuler la folie, il faut connaître de si minutieux détails, que rarement on peut montrer dans cette tâche la persévérance qu'elle devrait comporter. On peut bien poser un instant, quelques jours ; mais on est rarement conséquent avec soi-même, et, quelque habileté qu'on apporte à cette œuvre, elle offre toujours un disparate qu'un œil exercé doit découvrir. C'est surtout dans un asile d'aliénés que cette simulation est le plus facilement découverte.

En aliénation mentale, comme dans les autres branches de la pathologie, c'est à l'expérience et à l'observation que l'expert doit surtout faire appel. Si le principe est un, l'observation est multiple. Aussi ne doit-il pas seulement considérer en lui-même le fait qu'il a sous les yeux, mais il doit encore l'étudier dans les analogies qu'il peut présenter avec d'autres faits déjà connus. Quelque poids que puisse avoir son expérience personnelle, il est bon qu'il la corrobore de l'expérience d'autrui ; c'est le meilleur moyen de faire naître la conviction dans l'esprit des juges, car il ne suffit pas de prouver, il faut encore faire accepter et comprendre les preuves que l'on l'on administre. (Considérations médico-légales sur l'aliénation mentale. Thèse 1849, p. 43, H. Dagonet.)

La démence, l'imbécillité, la mélancolie, la stupeur, l'excitation maniaque, sont les formes généralement simulées. Les simulateurs choisissent naturellement la forme d'aliénation qui leur paraît le plus facile à imiter. D'autre part, il faut noter tout d'abord qu'ils doivent faire preuve d'une certaine intelligence pour jouer avec exactitude le rôle qu'ils cherchent à remplir ; et cette intelligence se reconnaît déjà à l'expression du regard.

©BIUM

Dans la généralité des cas, comme on l'a fait justement remarquer, les simulateurs exagèrent leur rôle qui présente alors une sorte de contradiction avec les phases habituelles de la maladie simulée.

L'attitude, l'expression mimique et physionomique présentent dans chaque forme d'aliénation mentale des caractères spéciaux que le médecin reconnaît facilement lorsqu'il a acquis une certaine expérience des malades. L'exaltation et l'expansion, le regard brillant et provocateur dans la manie; la dépression, la contraction des traits, le regard inquiet, déprimé chez le mélancolique; l'absence de toute mimique dans la stupeur; l'expression d'inertie et d'insignifiance dans la démence; la physionomie hébétée, dénotant l'absence de pensée chez l'imbécile et surtout chez l'idiot, sont autant de signes difficiles à imiter. La voix, le langage, trahissent chez les aliénés les sentiments qui les agitent et varient à l'infini comme les formes de l'aliénation.

On doit se rappeler aussi qu'il est des individus dont l'état mental est très difficile à caractériser et qui peut laisser le doute dans l'esprit du médecin chargé d'en faire l'observation; tels sont les héréditaires ou les prédisposés à la folie, qui côtoient, pour ainsi dire, les limites de la folie et de la raison.

Ou bien encore il existe des cas de folie méconnue; par exemple, l'attention n'a pas été appelée sur certains faits, les conditions nécessaires pour que l'observation puisse se faire convenablement ont manqué. Ces malades, par leur méchanceté, l'immoralité de leur conduite ou par leurs excentricités, étonnent les personnes qui les entourent. Ce n'est qu'à l'explosion d'un accès de violence ou devant un acte délictueux et inexplicable, en présence d'un scandale, que l'on arrive à constater l'altération des facultés, à peine soupçonnée auparavant, mais qui existait depuis longtemps; c'est ce qui est

©BIUM

arrivé pour le malade dont nous rapportons plus loin l'observation.

Le Dr Koster fait remarquer (*Irrenfreund,* 1873, et *Ann. méd.-psych.*, 1875, p. 452) que dans l'immense majorité des individus, pour ne pas dire chez tous, transférés des prisons dans les asiles pour cause d'aliénation, la maladie a été longtemps méconnue ou prise pour de la simulation ; car, dit le médecin que nous citons, il ne suffit pas d'une seule visite, de quelques moments d'examen pour décider de l'état mental d'un individu ; si le cas n'est pas tellement accusé qu'il frappe même les personnes étrangères à l'observation des aliénés, il faut une observation suivie, une enquête médicale complète et l'aliéniste est seulement alors compétent. Le Dr Koster ajoute que la folie morale, les arrêts de développement intellectuel sont les formes de psychoses dans lesquelles la maladie risque le plus d'être méconnue.

Il existe encore une autre catégorie, celle des aliénés qui simulent la folie et qui se montrent plus fous qu'ils ne le sont, dans la pensée de se soustraire à une condamnation qu'ils craignent d'avoir méritée ou dans le seul but de ne pas sortir de l'établissement où ils se trouvent dans des conditions qui leur sont agréables.

Un de nos malades, qui avait eu fort longtemps des hallucinations de l'ouïe très remarquables, venait un grand nombre de fois de la province qu'il habite à Paris en simulant un accès de folie pour se faire chaque fois réintégrer à l'asile Sainte-Anne.

L'aliéné, d'après le Dr James Kierman, de Chicago (Illinois), peut feindre la folie lorsqu'il est accusé d'un crime et c'est là une nouvelle complication au point de vue du diagnostic. Suivant le Dr Ray, Hamlet était un aliéné simulant la folie. Cette opinion expliquerait mieux, d'après lui, le problème psychologique posé

©BIUM

dans cette tragédie que toute autre théorie hypothétique. (*Ann. méd.-psych.*, 1886, p. 299.) La simulation, pour Krafft-Ebing, n'exclut pas l'aliénation. Les dissimulateurs sont les aliénés qui ont la conscience de leur état d'aliénation et qui parviennent à dissimuler leurs conceptions délirantes pendant un temps plus ou moins long, au point d'en imposer aux médecins eux-mêmes et de faire croire à une séquestration arbitraire.

Le médecin expert doit avoir une grande expérience de ces difficultés, il doit procéder avec prudence et savoir reconnaître les signes qui permettront de distinguer l'un ou l'autre de ces états. Si le doute persiste dans son esprit, il doit demander une observation prolongée de l'individu dans un établissement spécial. Les antécédents de l'inculpé, les renseignements sur le début et la marche de la maladie qu'on le soupçonne de simuler, et, comme nous l'avons dit, un certain nombre de signes, indiqués par les auteurs, permettront presque toujours de découvrir la vérité. Pour les cas douteux qui soulèvent des difficultés et des différences d'appréciation de la part des médecins experts, il est fâcheux, dans l'intérêt de la science, de voir le jury trancher lui-même la question d'après ses propres impressions sans tenir compte des discussions scientifiques soulevées devant lui.

Nous arrivons, après ces quelques remarques, à celui qui fait le sujet d'une observation qu'il nous a paru intéressant de résumer.

Il s'agit d'un individu manifestement aliéné, placé dans notre service, à l'asile Saint-Anne, et qui avait commis un abus de confiance ; les symptômes qu'il a présentés pouvaient faire croire à la simulation d'un état d'aliénation. En réalité, cet individu était depuis longtemps atteint d'une forme d'aliénation qui avait été méconnue.

©BIUM

OBSERVATION. — *X..., inculpé de détournement de lettres à la poste. — Soupçon de simulation. — Aliénation mentale méconnue.*

X... entre dans notre service avec le certificat suivant, rédigé par le Dr Lasègue :

« Etat maniaque, détenu à Mazas sous prévention de détournement à la poste, soupçon de simulation, resté sous le coup de l'inculpation, est dans un état mental qui exige son placement dans un asile d'aliénés. »

Le certificat immédiat délivré par le Dr Magnan est ainsi conçu : « X... se présente sous les dehors d'un malade atteint d'excitation avec hallucinations et idées de persécution, mais son attitude, ses gestes, ses paroles n'offrent pas les caractères habituels de la folie ; d'autre part, la contradiction et l'opposition entre certains symptômes permettent de songer à une simulation qui, toutefois, ne saurait être déterminée que par un examen plus prolongé. »

X..., après la guerre de Crimée, était entré comme facteur à la poste ; il faisait exactement son service. En 1860, il perd une lettre chargée renfermant 300 francs ; somme qu'il rembourse. Un ou deux ans après, il perd un paquet de lettres ; enfin, dans les derniers temps, il détourne des lettres, donne de fausses signatures ; il refuse de fournir les renseignements qu'on lui demande, sous le prétexte qu'il a tout fait connaître au juge d'instruction. Avec l'argent qu'il s'était ainsi procuré, il dit qu'il habillait les pauvres, car il était bon et aimait les malheureux. Une mauvaise étoile le poursuivait et lui donnait de telles inspirations.

La femme de X... affirme, d'autre part, qu'il avait des moments d'oubli et qu'il laissait des lettres et des paquets ; il n'avait pas de conversation suivie et, par suite, ne pouvait pas aller chez les étrangers ; il s'irritait quand on lui faisait la moindre observation.

Placé d'abord dans le service de l'admission, à la première visite du médecin il évite les regards de la personne qui l'interroge ; il prononce des paroles incohérentes et passe rapidement d'un sujet à l'autre. Il dit que sa fille est brûlée, qu'il a enterré sa femme, que la Commune tire sur lui ; il prétend y voir très peu, la table qu'il touche est en nacre, il répète souvent les mêmes mots. Il paraît ne pas comprendre si on lui dit de toucher, de prendre un objet ; il regarde du côté

©BIUM

opposé à celui qu'on lui indique, va tranquillement cracher dans un crachoir, puis se rassied le plus naturellement du monde.

On note chez lui des contradictions ; ainsi il dit avoir été quelques jours seulement à Mazas, et un instant après, il affirme y avoir été pendant six mois. Il demande à être enfermé dans une cage pour ne plus voir le monde ; il prétend être seul dans son quartier où il se trouve avec d'autres malades, se plaint d'être appelé mouchard, imbécile. Tout le monde est après lui, il préfère la prison à l'asile, mais aimerait mieux la Sibérie ; il est préoccupé des notes que l'on prend sur son compte et demande à signer la feuille. Son attitude est celle d'un homme contraint, inquiet; il évite de regarder en face et se place de côté. D'après les renseignements donnés par sa femme, X... aurait été arrêté après avoir égaré des lettres ; il n'aurait jamais présenté de délire, mais cependant, à la prison, il ne paraissait pas la reconnaître.

La sœur de X... fait savoir que la conversation de son frère était confuse et que la fin des phrases ne répondait jamais à leur commencement, qu'il était impossible de rien comprendre, comme plusieurs personnes l'avaient déjà remarqué. Il faisait d'ailleurs très bien son service et comme la femme s'absentait pour son travail, c'est lui qui s'occupait des soins du ménage, il raccommodait même le linge comme l'eut fait une bonne ménagère ; ses camarades l'appelaient *le toqué*, parce qu'ils ne pouvaient jamais comprendre ce qu'il voulait dire.

Quinze jours après, ce malade passe de l'admission dans notre service de l'asile Sainte-Anne.

Pendant tout le temps que nous l'avons observé, X... nous a offert les signes d'une manie chronique avec affaiblissement des facultés, manie remontant déjà à plusieurs années, et ayant été méconnue, dont les symptômes principaux étaient une incohérence très marquée, des hallucinations de la vue et de l'ouïe et des idées prédominantes de persécution.

Cet individu, qui n'est pas intelligent, n'aurait pu, croyons-nous, simuler pendant un temps prolongé une semblable forme d'aliénation.

L'expression de sa figure était remarquable et absolument en rapport avec les manifestations délirantes ; sa physionomie portait l'empreinte d'une sorte d'hébétude et de frayeur, les yeux étaient hagards, le malade jetait autour de lui des regards effarés ; cette expression était surtout accentuée

©BIUM

lorsqu'il se trouvait plus particulièrement sous l'influence de certaines émotions et dans un état de surexcitation.

Voici, en résumé, les particularités qui se rapportaient à la maladie et aux circonstances qui semblaient avoir favorisé son développement.

X... avait assisté comme militaire au siège de Sébastopol. A cette époque il eut une vive frayeur; détaché par le colonel pour aller chercher des hommes, il aurait été entouré par une bande de chiens, et aurait ressenti une vive terreur. Pendant plus de quinze jours, il aurait présenté un tremblement nerveux très intense.

De retour à Paris, il est pris d'une fièvre typhoïde grave qui dure environ trois mois; il parait du reste s'être remis complètement de cette affection; depuis, à part une variole avec délire, il s'est bien porté.

Il est depuis 1856 attaché à l'administration des postes et il a fait jusque dans les derniers temps convenablement son service; du moins aucune plainte n'a été formulée contre lui.

Cependant depuis longtemps déjà il était sujet à ce qu'il appellait des moments d'égarement.

Sous l'influence de circonstances particulières, d'une grande fatigue, d'un travail excessif, quelquefois pendant la nuit, il éprouvait comme des appréhensions, il croyait qu'on voulait l'empoisonner, qu'on allait le mettre en prison; d'autres fois, il lui semblait voir près de lui un individu qui lui faisait toute espèce de menaces, enfin il sentait qu'à certains instants sa tête s'égarait. Pour tout ce qui le concerne, il se montre d'une insensibilité et d'une indifférence qui, portées à ce degré, n'existent que chez de véritables aliénés.

Dans la cellule de Mazas, où il était enfermé avec deux autres détenus, il ne s'était nullement inquiété de savoir ce qu'étaient ces prisonniers, ce qu'ils avaient fait, comment ils s'appelaient.

Il sait parfaitement qu'il est à Sainte-Anne, mais peu lui importe, qu'il soit à Sainte-Anne ou à Mazas, il se trouve bien; ce qu'il demande, c'est qu'on le laisse tranquille dans ses occupations habituelles et surtout qu'on ne vienne pas à chaque instant le tourmenter par toutes sortes de questions.

Il sait qu'il a pris des lettres, soustrait des valeurs, il le regrette, puisqu'on lui dit que cela avait fait du tort aux personnes qui ont été victimes de ces détournements. Les lettres qu'il a dérobées n'étaient pas chargées; il a pu s'approprier

©BIUM

2 à 3,000 francs, en signant les quittances des billets au porteur qui s'y trouvaient incluses. Il convient que c'était un faux, et qu'il faisait mal, puisqu'on le lui dit; il ne sait pas dans quel but il a commis tous ces vols, il a acheté divers effets qui n'ont d'ailleurs pas servi à son usage personnel, par exemple, du linge, des vêtements qu'il a distribués à de pauvres gens (et en effet, il a bon cœur, il partage volontiers ce qu'il a avec les malades qui l'entourent); il se rappelle aussi avoir perdu une lettre chargée qu'il a dû rembourser.

Il donne sur sa famille, mais avec le même ton d'indifférence, les détails qu'on lui demande.

Il nous dit que sa sœur est employée à la Salpêtrière; il ne sait pas ce que fait sa femme, quelles sont ses occupations, du reste, cela lui est égal. Il a pris une fois des obligations de chemin de fer appartenant à sa femme, mais il ne sait plus ce qu'il a fait de l'argent.

Il ne peut expliquer ce qui le poussait à voler, à détourner des lettres, c'était sa tête qui l'entraînait; il ajoute encore qu'il brûlait d'habitude les lettres qu'il avait prises.

Tous ces détails sont extrêmement difficiles à obtenir de lui, à cause de son incohérence, et par ce fait qu'il s'irrite facilement et devient absolument inintelligible lorsque l'on met trop d'insistance pour obtenir une réponse un peu précise.

Il faut donc éviter tout ce qui pourrait le contrarier, et lui parler avec tous les ménagements et toute la douceur possibles. Si on lui pose des questions avec trop d'insistance, il s'impatiente, devient de mauvaise humeur et dit, d'un ton irrité, qu'il veut retourner à Mazas, qu'on le tracasse trop ici; il ne demande pas mieux que d'être jugé et condamné, cela lui est égal, pourvu que cela finisse; il vaudrait mieux que Dieu le reprenne; après tout, ce n'est pas lui qui a couru après le mal, puis il prononce les paroles les plus incohérentes.

Cette incohérence habituelle est surtout remarquable dans les moments d'excitation maniaque auxquels le malade est sujet de temps à autre; on y retrouve en outre les idées de persécution et les hallucinations dont nous avons déjà parlé, et qui ne laissent subsister aucune espèce de doute. X... se plaint alors qu'on court après lui, il y a des gens qui se cachent et qui veulent lui faire du mal, on veut *lui tomber sur le dos*, il entend le hurlement des chiens, des voix de toutes sortes, comme si des gens se battaient, on veut le fusiller, comme on a voulu le faire sous la Commune.

©BIUM

Ces accès d'excitation maniaque présentent toujours les mêmes formes, et s'accompagnent constamment d'hallucinations de même nature. Comme cela a lieu chez les aliénés, dans la grande généralité des cas, les sensations douloureuses que X... ressent dans diverses parties du corps, sont de sa part l'objet des interprétations les plus erronées en rapport avec le caractère des idées délirantes. S'il éprouve des douleurs rhumatismales ou s'il est courbaturé, il dit alors que plus de soixante sergents de ville sont venus le tirer par les bras, par les jambes, qu'ils l'ont insulté, bousculé. L'état mental est toujours le même, la physionomie hébétée est empreinte de frayeur, les traits sont contractés. Il est évident pour nous, qu'aucune personne, si intelligente ou si parfaite comédienne qu'on puisse la supposer, n'arriverait à donner à la physionomie, et cela pendant un temps prolongé, une expression aussi caractéristique.

D'autres fois, on entend notre malade dire, que les fédérés se battent toujours ; il a vu du feu toute la nuit, il a entendu aboyer les chiens, etc... Ces hallucinations sont le réveil et la reproduction de sensations pénibles, antérieurement éprouvées ; c'est une réminiscence des frayeurs que lui ont fait ressentir les bandes de chiens qu'il a rencontrées en Crimée, et les événements de la Commune.

Ce sentiment de frayeur est chez lui le caractère prédominant du délire. Sa femme nous rapporte elle-même, qu'à diverses reprises, il était rentré à la maison, dans un état de terreur excessive ; il racontait que les sergents de ville l'avaient poursuivi, qu'il s'était sauvé en courant pour leur échapper, qu'il avait même été obligé de se cacher, etc...

L'incohérence est chez lui un autre symptôme caractéristique, elle indique l'impossibilité où il se trouve, de fixer son attention, de réfléchir à la plupart des questions qu'on lui adresse ; ses réponses deviennent plus justes et plus précises lorsqu'on parvient momentanément à fixer son attention.

Si, par exemple, on lui demande quelques renseignements sur sa famille, il répond que sa sœur a une demi-douzaine d'enfants ; si on insiste, et si on l'oblige à préciser sa réponse, il dit qu'en effet, sa sœur n'a que trois enfants, un garçon et deux filles ; si on lui demande l'âge de la dernière fille, il répond qu'elle a trois ans ; lorsqu'on lui affirme qu'elle a six ans, il dit d'un ton assez indifférent : « Elle est bien petite pour avoir cet âge. »

Ses lettres sont extrêmement incohérentes et sont l'exacte

©BIUM

reproduction de sa conversation habituelle et des idées de persécution qui le dominent. Il les écrit sans le moindre effort, sans la plus légère fatigue et pour ainsi dire tout naturellement. Il suffit pour cela de le prendre dans un moment favorable et de faire appel à sa bonne volonté ; on obtient alors de lui ce que l'on peut désirer.

Nous ne pouvons admettre que cet homme puisse, dans de telles conditions, simuler et écrire instantanément des lettres présentant ce caractère d'incohérence. Sans rappeler l'inintelligence de notre malade, nous insistons sur ce fait qui nous a toujours frappé et qui est un signe diagnostique important.

Rien n'est en effet plus difficile que de tracer, au courant de la plume, une lettre incohérente, d'une certaine étendue et sans y être préparé ; c'est là une expérience que chacun peut faire facilement.

X... ne prête nulle attention à ce qui se passe autour de lui, rien n'attire sa curiosité. Il ne peut non plus, à moins qu'on ne l'oblige à réfléchir, ce qui d'ailleurs est fort difficile à obtenir, indiquer le jour de la semaine ou la date exacte du mois ; ainsi il dit jeudi au lieu de mercredi, le 10 au lieu du 15, etc. Il est impossible d'avoir avec lui une conversation suivie même pendant quelques instants ; ce sont des phrases détachées, sans aucune espèce de lien entre elles, exprimant les mêmes idées de persécution ; on conspire contre lui, de tous côtés on tient sur lui de mauvais propos, on est toute la journée après lui; on le fusillera... on veut lui arracher les cheveux, le tirer par les pieds, c'est un rouge qui commande tout le monde. D'autres fois il prétend que M. Thiers va fermer le passage de la cuisine, on va l'empoisonner, sa fille n'existe plus, on l'a brûlée, etc.

Les renseignements donnés par sa famille concordent avec le résultat de notre observation.

D'après sa sœur, X... a toujours eu la tête extrêmement faible, il était impossible d'avoir avec lui une conversation un peu suivie, ses idées étaient confuses.

Il a quitté son pays de bonne heure, à l'âge de treize ans, a d'abord été en apprentissage chez un pâtissier, puis il a été militaire et a fait la campagne de Crimée.

Lorsqu'il a été libéré du service militaire, sa sœur l'a fait entrer par protection à l'administration des postes. Elle ne le voyait du reste que de loin en loin et sa conversation était chaque fois si embrouillée qu'elle ne pouvait le comprendre. Elle est convaincue qu'on s'est aperçu à l'administration qu'il

©BIUM

était *toqué*, et elle ne comprend pas qu'on ait pu le garder, puisque tant de fois on avait remarqué qu'il avait perdu des lettres. Dans sa jeunesse il lui fallait très peu de chose pour se déranger ; il suffisait pour cela qu'il ait un peu bu. Depuis son retour de Crimée, il était devenu plus original et plus susceptible ; il ne pouvait supporter la moindre observation, et lorsqu'il rentrait tard, il se fâchait si on lui demandait d'où il venait. Il achetait les vieux effets des facteurs pour les revendre ou les donner ; on n'a jamais pu savoir du reste ce que lui rapportait son commerce de vieux habits ni ce qu'il faisait de son argent. Il aimait le travail et s'occupait beaucoup des détails du ménage, mais se montrait toujours fort indifférent. Depuis la Commune on l'entendait souvent répéter que les sergents de ville le poursuivaient, qu'il avait été obligé de se sauver, parce qu'ils couraient après lui, etc...

La femme nous fait connaître, de son côté, que son mari n'a jamais bien eu la tête à lui, comme elle le dit. Il ne se rappelait ni les jours ni les heures de service, elle était obligée de l'en faire souvenir. Une fois, il a perdu un paquet de cent cinquante lettres, d'autres fois il ne trouvait plus sa boîte. Cette disposition d'esprit l'affligeait et elle ne l'a jamais fait connaître à personne ; c'était pour elle une espèce d'idiotisme.

Elle le trouvait aussi trop homme de ménage ; il raccommodait jusqu'aux affaires de sa femme. Depuis la guerre, il lui a paru plus dérangé. Il revenait chez lui fort tard, surtout dans les derniers temps ; il prenait ses repas dehors, était peu communicatif et ne disait jamais ce qu'il faisait. Du reste, sa conversation n'était jamais suivie. Souvent, il parlait avec frayeur des sergents de ville, avec lesquels, disait-il, il avait été obligé de causer.

Quand il était en société, il lui arrivait souvent de dire une sottise, voulant faire un compliment ; il a eu, à cause de cela, des discussions fort vives avec sa femme ; il se montrait toujours fort indifférent, peu aimable et pouvait rester des journées entières sans prononcer, même avec elle, la moindre parole.

Il revendait aux facteurs des environs de Paris, les vieilles tuniques qu'il achetait, mais il était impossible de savoir ce qu'il faisait de son argent ; sa femme n'a connu ses détournements que par l'administration.

La mère du malade était d'un caractère fort irritable ; nous n'avons pas eu de renseignements sur les autres membres de la famille.

X... a eu deux enfants, l'un est mort de convulsions à l'âge

©BIUM

de neuf mois, l'autre, une fille, vit encore, elle a été atteinte à l'âge de trois ans des convulsions et reste difficile à élever.

Au moment où nous rédigeons ces lignes, X... continue à être ce qu'il a toujours été devant nous. C'est un *faible d'esprit*, tranquille, pourvu qu'on ne le contrarie pas, d'un caractère fort doux et partageant volontiers ce qu'il peut avoir avec les malades qui l'entourent. Il aime le travail, surtout les occupations de ménage; il balaye, frotte les salles, etc..., seulement il lui faut un travail facile, et autant que possible, il est bon de lui indiquer ce qu'il doit faire. En dehors de ses moments d'excitation, il se montre inattentif, distrait et brouillon, pour me servir de l'expression du gardien chef du quartier dans lequel il se trouve, et jamais sa conversation n'est suivie.

Pour obtenir de lui quelques détails, quelques renseignements sur les faits qui le concernent, il faut gagner sa confiance et lui parler de la manière la plus douce et la plus bienveillante; alors il donne quelques explications sur la blessure qu'il a reçue à la jambe, les campagnes qu'il a faites, sur d'autres incidents se rattachant à sa vie militaire; mais dans tous les cas sa conversation n'est pas longtemps suivie et pour peu qu'il vienne à être impressionné, intimidé ou effrayé, on le voit aussitôt prononcer les phrases les plus incohérentes et les plus absurdes. L'expression de sa figure est caractéristique et toujours la même; seulement elle est, suivant les circonstances, plus ou moins accentuée. Il n'est pas douteux pour le chef de quartier qui est depuis longtemps dans le service et qui l'a constamment sous les yeux, que X... soit atteint d'aliénation mentale.

En résumé, nous croyons que cet individu est incapable de simuler une pareille situation; ce rôle toujours difficile à jouer, quand il doit l'être d'une manière continuelle et prolongée, a besoin pour être convenablement rempli d'une intelligence plus grande que celle présentée par le malade. L'affection dont il est atteint s'est développé lentement et elle remonte à une époque éloignée, tout en ayant été méconnue; les détournements commis ont permis seulement alors de la faire reconnaître. En conséquence, X... ne peut être considéré comme responsable des actes pour lesquels il est poursuivi.

©BIUM

Revue critique.

LA FOLIE CHEZ LES CARDIAQUES

Par le Dr Victor PARANT

La coexistence des maladies du cœur et de la folie a été signalée à maintes reprises, ainsi que la subordination éventuelle de celle-ci aux lésions cardiaques. Morel ne craint pas d'aller même jusqu'à dire que les maladies du cœur entrent pour une large part dans l'étiologie des affections mentales (1). A la vérité il est seul à leur donner à ce point de vue une influence aussi grande, alors que d'autres auteurs, dont l'autorité est bien égale à la sienne, ne prennent pas même la peine de les mentionner parmi les causes de folie.

Quelle opinion faut-il donc se faire?

Les questions principales à examiner à ce sujet sont les suivantes :

Les maladies du cœur, lorsqu'elles se développent postérieurement à la folie, peuvent-elles en modifier l'aspect et les allures?

Peuvent-elles, à défaut d'autre cause, produire la folie?

Enfin, si cela est, quelle est la nature des rapports entre les deux états morbides?

Pour déterminer l'action des maladies du cœur sur l'état mental des malades, il faut ne pas s'en tenir aux observations faites chez des individus qui sont à un degré avancé de cachexie cardiaque et qui sont arrivés

(1) Morel. *Traité des maladies mentales,* page 158. Paris, V. Masson, 1860.

©BIUM

à une asystolie profonde. Il y a, en effet, chez eux, un tel désarroi de l'organisme et de telles altérations de nutrition, qu'il est absolument impossible de faire la part de l'influence cardiaque et qu'il n'est pas du tout étonnant de voir survenir alors du changement dans les facultés intellectuelles et morales, changement qui peut aller jusqu'à la plus complète oblitération.

Mais si l'on prend les cardiaques en dehors de cet état de cachexie, on peut se convaincre que la plupart subissent à divers degrés des modifications dans leur moral et dans leur intelligence. On les voit devenir impressionnables à l'excès, faciles à irriter, et prendre une grande instabilité de caractère. Les uns sont anxieux, inquiets de tout, défiants, tristes et maussades; les autres sont exagérement susceptibles, se plaignent constamment et n'admettent pas la moindre contradiction. Leurs sentiments affectifs se transforment en mal, et ils sont fortement dominés par l'égoïsme propre aux malades en général. Pour peu que cet égoïsme ne reçoive pas les satisfactions qu'ils attendent et auxquelles ils se croient en droit de prétendre, les malades arrivent aisément à concevoir des idées injustes à l'égard d'autrui et notamment à l'égard des personnes de leur entourage. Quelques-uns tombent dans une hypocondrie marquée. Rien de cela n'est la folie véritable, mais lui touche assurément de bien près.

Il faut ajouter d'ailleurs que, dans la grande majorité des cas, les modifications mentales dans le cas dont il vient d'être question, ne dépassent pas la limite que nous venons de leur assigner.

Que se passe-t-il, en pareil cas, chez les aliénés? Étant donné que des gens sains d'esprit peuvent, dans une certaine mesure, avoir l'esprit troublé par le fait d'une maladie du cœur, il est naturel de préjuger que des aliénés subiront un contre-coup du même genre dans leur intelligence déjà ébranlée.

Et de fait, l'observation montre qu'il en est presque toujours ainsi. Cela est de notion si courante que s'il ne s'agissait que d'en faire la constatation pure et simple, nous n'aurions pas besoin d'insister. Mais la question demande à être examinée de plus près, à seule fin de savoir si, comme cela a été dit, chaque

©BIUM

forme de maladie du cœur prise isolément imprime à la folie un cachet particulier, tel qu'il soit possible d'établir des rapports déterminés de concordance entre une chose et l'autre.

La littérature médicale française compte peu de travaux spéciaux sur les relations des maladies du cœur et de la folie. L'un des plus récents, et des meilleurs malgré ses lacunes, est dû au Dr d'Astros (1).

La littérature étrangère n'avait pas été jusqu'ici beaucoup plus riche que la nôtre. Elle s'est enrichie récemment d'un ouvrage, dû à un auteur anglais estimé, le Dr Julius Mickle, dont les renseignements sont précieux à recueillir (2).

Ses observations ont porté sur plus de deux cents malades, dont il a su suivre quelques-uns pendant des années, et les constatations qu'il a été ainsi à même de faire présentent toutes les garanties désirables. Nous devons regretter toutefois qu'il n'ait pas cru devoir étudier séparément l'influence des maladies du cœur, d'une part sur la folie préexistante, et d'autre part sur la production essentielle de la folie. Il n'a mis aucune différence entre ces deux éléments d'étude, et, en réalité, c'est sur le premier point qu'il insiste le plus. Prenons donc les choses telles qu'il les présente et voyons avec lui comment les maladies du cœur réagissent sur la folie.

Ce qu'il établit tout d'abord, c'est que les cardiopathies légères, peu marquées et récentes, ne causent jamais des troubles intellectuels assez évidents pour qu'il y ait lieu de les mettre en ligne de compte. Il insiste sur ce point; il dit qu'il n'a recueilli aucune observation de maladie mentale consécutive à ces lésions encore élémentaires, et que dans les cas qu'il a observés, où ces mêmes lésions sont survenues au cours de la folie, tant qu'elles sont restées légères, elles ne l'ont pas modifiée d'une manière appréciable.

Les lésions de l'orifice mitral, les plus communes de

(1) D'Astros. *Étude sur l'état mental et les troubles psychiques des cardiaques*. Paris, A. Delahaye, 1881.

(2) W.-Julius Mickle. *On insanity in its relation to cardiac and aortic disease*. London, Lewis, 1888.

©BIUM

toutes, semblent aussi celles dont l'action sur l'intelligence est le mieux marquée.

Pour ce qui est de l'insuffisance mitrale, voici, en substance, trois faits qui permettent d'en saisir le mode d'influence.

L'un d'eux concerne un individu qui était atteint de folie partielle à forme religieuse; avant la maladie de cœur il était calme, poli, aimable et s'occupait volontiers ; mais ensuite il tomba dans la dépression mélancolique, devint sombre et taciturne, sans que rien pût lui faire rompre le silence où il se renfermait.

Un autre, atteint de délire des persécutions, s'imaginant qu'on voulait l'empoisonner, avait d'abord passé par des alternatives de tranquillité et d'agitation. Dans les périodes de calme il était de relations faciles et tout disposé à travailler. Dans l'agitation il devenait menaçant et était porté à la violence. Il lui arrivait d'être chagrin et maussade ; mais jamais il n'avait été essentiellement déprimé. A une époque où des symptômes de maladie de cœur se manifestèrent chez lui, on le vit changer profondément et tomber dans une mélancolie persistante. Il était continuellement morose, taciturne et paraissait se défier de tout. Bien qu'il n'eût rien perdu de ses idées de persécution, parfois cependant il semblait les oublier.

Un troisième malade, atteint de paralysie progressive, avait commencé par être très agité, dominé par l'excitation maniaque, plein de jactance et de dispositions orgueilleuses. Atteint de maladie du cœur, il tomba dans la dépression et fit de rapides progrès vers la démence. Le contraste entre les deux états qu'il avait présentés était, paraît-il, saisissant.

D'après ces faits et d'après d'autres analogues, le Dr Mickle attribue d'une manière générale les dispositions mentales suivantes aux individus atteints d'insuffisance mitrale : ils sont ordinairement dans un état de mélancolie marquée, ils sont abattus, ils ont des tendances hypocondriaques, ils ont quelquefois des hallucinations et sont portés aux idées de persécution.

Dans le groupe des malades atteints de rétrécissement mitral, l'un de ceux que présente le Dr Mickle était tourmenté par des idées de persécution; il eut pen-

©BIUM

dant quelque temps des impulsions au suicide; plus tard, devenu très irritable, il fut souvent porté à la violence.

Un autre, chez qui la maladie de cœur et la folie s'étaient développées presque simultanément, était remuant et excitable; il ne supportait pas la moindre contradiction; il était souvent porté à quereller ou à frapper ses compagnons d'infortune. Ses dispositions malveillantes devinrent de plus en plus marquées, à mesure que s'accentuait le rétrécissement mitral.

Deux autres malades se sont présentés dans des conditions à peu près analogues.

Ce qui dominait chez les uns et chez les autres c'était, du côté du délire, des idées de persécution avec des hallucinations, et du côté des dispositions morales, un ensemble dans lequel on voit surtout la méchanceté et la violence. Ces malades étaient enclins à se plaindre de tout; ils étaient irritables, emportés, grognons, hargneux, presque constamment acariâtres. Ce sont ces dernières tendances qui s'affirmaient le plus nettement, à mesure que la lésion cardiaque se prononçait elle-même davantage.

Envisagés d'une manière générale, les symptômes de folie attribués par le Dr Mickle aux individus atteints de lésions mitrales, sont à peu près conformes à ceux que le Dr d'Astros a indiqués. Cependant les conclusions des deux auteurs ont des différences qu'il convient de remarquer. Le Dr d'Astros dit bien que les malades de cette catégorie peuvent être divisés en deux groupes principaux : les mélancoliques, qui sont tristes, concentrés, taciturnes; et les violents, qui s'emportent à la moindre cause. Il ajoute que ces deux tendances psychiques s'allient ordinairement. Mais d'après le Dr Mickle, nous voyons que cet alliage ne se fait guère que chez les malades atteints de rétrécissement mitral. Les autres, ceux qui présentent surtout de l'insuffisance valvulaire, sont principalement, sinon même d'une manière exclusive, portés à la lypémanie. Ceux-ci se concentrent sur eux-mêmes et roulent dans leur esprit des préoccupations hypocondriaques de toute sorte. Ceux-là ont un délire plus actif; ils suivent davantage les idées de persécution, et sont avant tout portés à ne voir au-

©BIUM

tour d'eux que malveillance, injures et tourments de toute sorte.

A ces diverses manifestations morbides des cardiopathies mitrales, il faut en ajouter une autre sur laquelle ni le Dr d'Astros, ni le Dr Mickle n'ont suffisamment insisté. C'est que les malades ont de la tendance à tomber rapidement dans la démence. Nous avons constaté cette tendance chez presque tous les aliénés cardiaques de cette catégorie que nous avons eu à observer. Elle a été très marquée notamment chez deux femmes qui étaient récemment confiées à nos soins. Chez l'une d'elles, qui était atteinte de manie chronique, l'intelligence, jusque-là assez vive, s'est profondément oblitérée à partir du moment où la maladie de cœur s'est fait connaître ; chez l'autre, qui était atteinte du délire des persécutions, les idées sont, dans les mêmes conditions, devenues presque subitement incohérentes et obtuses, en même temps que, comme certains malades observés par le Dr Mickle, elle perdait l'aptitude à s'occuper de travaux pour lesquels elle avait du goût et de l'habileté.

Voyons maintenant ce qui se passe dans le cas de lésions des valvules de l'aorte.

Si nous nous en rapportons à l'opinion émise par le Dr d'Astros, opinion conforme à celle de la plupart des auteurs, il y aurait une différence marquée entre les symptômes psychiques des maladies mitrales et celles des maladies aortiques. Les individus atteints de ces dernières seraient d'une impressionnabilité extrême, d'un caractère capricieux et fantasque, très mobiles dans leurs dispositions, sujets à de vives colères, à de grands emportements, et leurs tendances formeraient ainsi un contraste complet avec la dépression mélancolique des individus de l'autre classe. A ces constatations, le Dr d'Astros en ajoute une autre sur laquelle l'attention doit se porter spécialement, c'est que, chez les aortiques, le travail de la pensée amène rapidement la fatigue intellectuelle et que l'affaiblissement des facultés d'esprit peut aboutir assez rapidement à une démence qui, par certains côtés, se rapproche de la démence sénile.

Le Dr Mickle n'envisage pas les choses d'une manière absolument identique, et tout en constatant chez

©BIUM

quelques aortiques des symptômes analogues à ceux dont il vient d'être fait mention, il ne les attribue pas nécessairement à la forme de leur maladie cardiaque. Il fait observer, d'ailleurs, que les lésions aortiques se rencontrent moins souvent isolées que les lésions mitrales, et que le plus ordinairement on les trouve associées à ces dernières. On pourrait inférer de là que leurs symptômes psychiques essentiels peuvent se trouver masqués par ceux des lésions mitrales et que si l'opinion des deux auteurs est différente, cela tient peut-être aux conditions dans lesquelles ont été prises leurs observations respectives. Mais dans les faits recueillis par le Dr Mickle il y en a qui ne concernent que des lésions aortiques, et dont les sujets ne présentaient point cependant les allures indiquées par le Dr d'Astros.

Pour ce qui est du rétrécissement aortique, un des malades du Dr Mickle avait de l'excitabilité maniaque, dont les accès étaient intermittents; à certains moments il était très désordonné. Après avoir présenté du délire expansif, il tomba dans la démence. Il fut le seul à avoir des dispositions de ce genre. Les autres présentèrent surtout de la dépression mentale et des idées de persécution. Un de ces derniers tomba aussi dans la démence avec une grande rapidité. Ainsi, à une exception près, les aliénés atteints de rétrécissement aortique étaient assimilables aux malades atteints d'insuffisance mitrale.

Avec l'insuffisance aortique, nous nous trouvons en présence d'individus qui se rapprochent surtout du type indiqué par le Dr d'Astros. L'un de ces individus, un paralytique, était d'un caractère extravagant; il s'abandonnait par accès à une irritation dangereuse et était porté à la destruction. Il devint bientôt tout à fait dément, ce qui fut aussi le cas d'un second paralytique de la même catégorie. Un autre malade était atteint d'agitation maniaque; il dormait peu, parlait beaucoup, ne tenait guère en place et troublait fort son entourage.

Le Dr Mickle s'appuie sur deux motifs différents pour affirmer que l'excitabilité n'est point une disposition essentielle aux aortiques, motifs tirés des faits et de considérations pratiques.

©BIUM

D'une part, en effet, il présente, parmi ses malades, un premier aortique chez qui la lésion sigmoïde est évidente, et qui cependant est affecté d'un délire exclusivement mélancolique ; ce malade se croit persécuté, il s'imagine qu'on veut le mettre à mort ; il a des hallucinations de l'ouïe et divers troubles de la sensibilité. Il est anxieux, mais tranquille, et il s'obstine à rester au lit. On ne trouve chez lui aucun symptôme d'expansion mentale. Voici un autre aortique du même groupe qui, lui aussi, est tourmenté par des idées de persécution, qui est morose et défiant. En quelques circonstances, à la vérité, il se montre agressif; il fait des tentatives d'homicide ; mais c'est pour se défendre contre des ennemis imaginaires. Dans l'ensemble il est continuellement déprimé, et, pas plus que le précédent, il ne présente l'émotivité attribuée aux aortiques. Il faut donc, à tout le moins, admettre d'après ces faits que cette émotivité n'est pas la règle générale.

La restriction que les faits de ce genre imposent à la généralisation que le Dr d'Astros a faite avec d'autres auteurs, peut être justifiée d'ailleurs par des observations empruntées au Dr d'Astros lui-même. Il en rapporte, en effet, deux qui à cet égard sont significatives. L'une, empruntée au Dr Cullerre, concerne une malade qui avait des idées mélancoliques, de la terreur, des craintes relatives à des fautes imaginaires et qui était essentiellement lypémaniaque; l'autre, recueillie à l'asile Sainte-Anne, indique chez le malade une sombre mélancolie, des terreurs vagues, des idées de persécution, mille préoccupations hypocondriaques (1).

La part faite, comme il convient, aux cas de ce genre, le Dr Mickle soutient en second lieu que lorsque l'émotivité, l'excitabilité, l'état d'expansion existent chez un aortique, il faut les attribuer à une influence tout autre que la forme de la maladie cardiaque. Selon lui, il faut bien considérer, en effet, que les lésions des valvules de l'aorte surviennent le plus souvent chez des individus qui, avant le début de toute maladie cardiaque ou mentale, étaient sponta-

(1) D'Astros. *Loco citato*, page 99.

©BIUM

nément disposés à s'exciter de mille manières, soit par caractère naturel, soit par le fait de leurs occupations, de leurs plaisirs, des abus et des débauches de toute sorte. C'est dans ces conditions, et peut-être à cause d'elles, que s'est développée la maladie cardiaque, se portant de préférence sur le système aortique, et c'est à ces mêmes conditions qu'il faut dès lors attribuer l'excitabilité. Elle devient alors en quelque sorte une des causes, et non pas la conséquence de la maladie cardiaque. Il s'agit ainsi d'une habitude prise, qui n'a point été modifiée par l'évolution morbide, et qui, au contraire, l'a marquée de son empreinte. Et si, comme il est juste, on fait abstraction de cette habitude et de ses tendances, au lieu d'avoir devant soi l'émotivité comme effet spécial de la maladie du cœur, on n'a plus que des dispositions qui sont analogues aux dispositions consécutives aux autres lésions cardiaques, à savoir la dépression mélancolique et une propension marquée vers la démence.

Il semble donc, tout bien considéré, et sauf quelques modifications de détail, variables suivant les lésions et suivant les individus, que ce soit à la production de ces derniers symptômes qu'il faille rapporter presque uniquement l'influence des maladies du cœur sur la folie.

Les lésions cardiaques dont il a été question jusqu'ici sont les plus importantes, sinon même les plus habituelles. Un coup d'œil rapidement jeté sur les autres nous confirmera ce qui vient d'être constaté.

Sur quatorze malades qui présentaient des lésions simultanées des valvules mitrales et des valvules sigmoïdes, le Dr Mickle a noté dans six cas la prédominance de l'irritabilité ; mais ces six malades étaient des paralytiques, pour lesquels on peut invoquer la prédisposition dont il a été question tout à l'heure. Les autres présentaient surtout la démence dans ses diverses formes.

Pour vingt-deux malades atteints, à divers degrés, d'hypertrophie ou de dilatation du cœur, les symptômes intellectuels prédominants ont été la dépression mélancolique, des dispositions moroses et chagrines, puis l'affaiblissement intellectuel et la démence. Si quelques-uns ont présenté de l'irritabilité, ce n'a été

©BIUM

que d'une manière transitoire, tout à fait au début de leur maladie mentale, et dans des cas où, notamment chez les paralytiques, elle pouvait être attribuée à cette maladie elle-même.

Il faut observer que dans les cas où le cœur n'était atteint que partiellement d'hypertrophie ou de dilatation, la folie paraît n'avoir été influencée en rien par la cardiopathie.

Vient en dernier lieu la dégénérescence graisseuse du cœur. Chez les malades qui en étaient atteints, c'est encore les symptômes lypémaniaques qui ont prédominé, à savoir, des idées de persécution, de la dépression mélancolique, le tout aboutissant avec rapidité à la démence.

Pour compléter l'étude des rapports entre les maladies du cœur et la folie, nous pouvons, avec M. le Dr Mickle, ajouter quelques données sur l'influence des maladies de l'aorte, thoracique ou abdominale. Notre auteur envisage spécialement ici l'anévrisme, l'athérome, et les produits inflammatoires qui oblitèrent le calibre des vaisseaux. Ce qu'il en dit n'est point le résultat de recherches qui lui soient personnelles ; il se borne à reproduire les indications de précédents observateurs. Ce qu'il note principalement, c'est que dans les cas où les maladies de l'aorte ont réagi sur la folie, elles ont suggéré aux malades des idées délirantes en rapport avec des troubles locaux de la sensibilité. C'est ainsi que, pour l'anévrisme, un malade se croyait rongé intérieurement par divers animaux, des scorpions, des rats, des serpents; un autre entendait des voix intérieures ; un troisième s'imaginait avoir en lui un autre lui-même. L'anxiété qui se présente chez des aliénés de cette catégorie ne saurait être considérée comme propre à la folie; en effet, elle se rencontre aussi chez des malades dont l'intelligence est saine.

Quant aux lésions athéromateuses, elles coïncident souvent avec la démence; mais cela n'a rien de surprenant, eu égard à la généralisation habituelle de l'athérome dans le cerveau et à la dégénérescence qui lui est consécutive.

D'après l'exposé que nous venons de faire, il est évident que les maladies du cœur peuvent réagir sur la

©BIUM

folie et en modifier les allures, ce qui semble non moins évident, c'est que leur influence se manifeste surtout par l'affaissement, l'usure et l'oblitération des facultés mentales. Que si des phénomènes d'excitabilité se présentent avec une certaine fréquence chez des aliénés cardiaques, notamment dans le cas de rétrécissement mitral et d'insuffisance aortique, ils n'ont point une prédominance assez marquée ni une persistance assez grande pour qu'il soit à propos de les considérer comme un effet caractéristique de la maladie du cœur. Cette observation s'applique, à plus forte raison, à d'autres symptômes qui sont encore moins essentiels et auxquels, cependant, plusieurs auteurs ont attribué une importance spéciale. Ce sont notamment les hallucinations, les impulsions violentes, la tendance au suicide. Le Dr Mickle ne s'arrête particulièrement à aucun de ces symptômes; et de fait, en examinant de près les observations, on arrive à ne pouvoir leur donner ni une importance ni une signification plus marquées dans les maladies du cœur que dans d'autres états morbides.

Nous avons à voir maintenant si les maladies du cœur peuvent, à défaut d'autres causes, produire la folie; et subsidiairement nous avons à examiner si, à l'exemple de quelques auteurs, on peut admettre l'existence d'une forme particulière de folie, portant le nom de folie cardiaque.

En théorie, il y a des raisons de supposer que les maladies du cœur peuvent conduire à la folie. Ces raisons sont de même ordre que celles dont nous avons parlé à propos de l'influence des cardiopathies sur le moral des gens sains d'esprit et des aliénés. Si ces maladies peuvent modifier l'intelligence dans les conditions que nous avons constatées, on peut bien admettre qu'elles sont capables d'aller plus loin, et de déterminer la folie proprement dite.

En fait, il y a certainement des individus qui deviennent aliénés consécutivement à une maladie de cœur et probablement par la faute de celle-ci. Le Dr Mickle en a observé quelques-uns. L'un de ces malades, atteint de rétrécissement mitral, était depuis longtemps cardiaque lorsqu'il versa dans la folie. Avant ce moment il

©BIUM

avait fait trois tentatives de suicide. Les symptômes essentiels de son trouble d'esprit étaient, d'une part, l'affaiblissement des facultés intellectuelles, notamment de la mémoire, et, d'autre part, une grande irritabilité. Il était également halluciné. Finalement, il tomba dans une dépression continuelle et dans un mutisme profond. Un autre malade, atteint de rétrécissement aortique, et devenu ultérieurement aliéné, avait des idées de persécution et des hallucinations de l'ouïe.

Le Dr d'Astros rapporte, lui aussi, quelques observations qui semblent confirmer le fait de la production de la folie par une maladie du cœur. Telles sont notamment celles qui concernent : un individu, atteint d'insuffisance aortique, qui tomba dans l'affaiblissement intellectuel et dans la démence ; un autre qui, affecté de rétrécissement mitral, devint lypémaniaque ; un troisième qui avait à la fois de l'insuffisance et du rétrécissement aortique, et qui était dominé par une sombre mélancolie.

Mais si l'explosion de la folie sous l'influence unique d'une maladie de cœur est possible, il faut reconnaître qu'elle se produit rarement ; et cette rareté est grande, non seulement en elle-même, mais aussi par rapport au nombre des cardiaques en général. Si donc les cardiopathies sont une cause de folie, on ne saurait soutenir, comme l'a fait Morel, qu'elles en soient une cause commune (1).

Dans ces conditions, peut-on dire qu'il y ait une folie cardiaque ? Si l'on prétend, sous ce nom, constituer un type morbide déterminé, ayant à lui des caractères distinctifs, il faut répondre par la négative. Un premier motif est tiré précisément du petit nombre de cas où la

(1) Il n'entre pas dans notre sujet de nous occuper du délire non vésanique qui survient assez souvent au cours des cardiopathies. Nous devons cependant le mentionner, d'autant mieux qu'en quelques cas il se présente sous un aspect insidieux, qui peut faire croire à une véritable maladie mentale. Tels sont notamment les cas où il affecte la forme de l'excitation maniaque subaiguë. Mais il est rare que cette forme de délire persiste longtemps, si bien que, même en dehors des éléments nombreux qui permettent de faire un bon diagnostic différentiel, la courte durée des accidents lève toutes les incertitudes à leur égard.

©BIUM

folie est consécutive à une maladie du cœur. Comment, en effet, constituer un type avec des cas si peu nombreux? Un second motif, bien plus important, c'est qu'en réalité ces cas n'ont eux-mêmes rien de caractéristique. Une seule tendance leur est commune, celle de porter les malades à la dépression mélancolique et finalement à la démence. Mais cette tendance, identique au fond, revêt des formes si diverses, et se présente dans des conditions si différentes les unes des autres, qu'elle ne saurait être considérée comme un signe distinctif.

Une troisième raison de ne pas admettre l'existence d'une folie spéciale, dite folie cardiaque, pourrait être tirée de la difficulté très grande qu'il y a à déterminer les rapports des maladies du cœur et de la folie. On pourrait croire tout d'abord qu'il est aisé de dire pourquoi les cardiopathies peuvent modifier le moral et l'intelligence des malades ; mais cela n'est point.

On a voulu attribuer en cela un rôle important aux troubles de la nutrition cérébrale, à des altérations cérébrales organiques ou fonctionnelles, à l'état de congestion ou d'anémie; mais cette manière d'expliquer les choses ne peut avoir une valeur absolue. Le Dr Mickle la rejette absolument. Pour que du reste elle fût réellement digne de grande considération, il faudrait que le plus grand nombre des cardiaques fussent portés à la folie, ce qui n'est point. Mais cependant il faut bien en tenir compte dans une certaine mesure, en considérant surtout que la folie habituelle des cardiaques est de celles où se manifeste le mieux le défaut d'activité du cerveau. D'après une hypothèse récente, la lypémanie devrait en effet être attribuée à un ralentissement de l'activité cérébrale; et quant à la démence, elle est certainement le résultat de la déchéance organique.

Dire que la folie des cardiaques est une folie sympathique, c'est fournir une des explications les plus généralement admises. Il est aisé, en effet, de concevoir que le moral, que l'intelligence soient profondément troublés sous l'influence des douleurs physiques, de l'angoisse, de la détresse véritable et de mille autres accidents qui affligent habituellement les malades. Il est aisé d'admettre que cet état de misère physiologique

©BIUM

puisse, par action réflexe, aboutir à l'épuisement cérébral et à la folie. Mais cette explication se heurte aux mêmes inconvénients que la précédente, et l'on est réduit encore à se demander pourquoi cette « sympathie » morbide ne se manifeste que si rarement.

Si les explications habituellement données sont si insuffisantes et si imparfaites, il faut sans doute chercher dans d'autres considérations la nature des rapports que les maladies de cœur ont avec la folie. Il faut tout tout d'abord supposer que la maladie de cœur ne joue que le rôle de cause occasionnelle, et non pas celui de cause prédisposante, et dès lors il faut attribuer à quelque autre influence la folie qui survient chez les cardiaques. Parmi ces influences, nous serions très disposé à donner une bonne place à la diathèse rhumatismale. D'une part, le rhumatisme porte beaucoup aux maladies de cœur. D'autre part, les diathèses ont certainement une part d'influence dans la production de la folie, et à notre avis, M. le Dr Marandon de Montyel est allé trop loin lorsque, récemment (1), il a qualifié de fantaisistes des travaux comme ceux du Dr Berthier sur les folies diathésiques. A tout le moins ne saurait-on méconnaître la valeur des faits. Or, dans ceux que le Dr Berthier a rapportés, on en trouve de suffisamment explicites, où des accès de folie alternaient avec des poussées de rhumatisme (2). Cette alternance n'est-elle pas un bon argument en faveur de la diathèse? Ajoutons d'ailleurs que dans la folie que le Dr Berthier attribue au rhumatisme, ce qui prédomine, comme dans la folie des cardiaques, c'est l'hypocondrie et les manifestations lypémaniaques.

Mais ce n'est pas le lieu d'insister sur ces considérations théoriques. Nous devons nous borner aux notions pratiques qui ressortent de notre étude et qui sont les suivantes :

Les maladies du cœur modifient souvent l'état d'esprit de ceux qui en sont atteints ; elles les rendent cha-

(1) *Annales médico-psychologiques*, Janvier 1889, page 128. Compte rendu des séances de la Société médico-psychologique.

(2) P. Berthier. *Des névroses diathésiques*. — Paris, A. Delahaye, 1875.

©BIUM

grins, moroses, égoïstes, et les portent à l'hypocondrie.

Lorsqu'elles surviennent chez des aliénés, elles peuvent modifier les allures et l'aspect de leur folie ; dans quelques cas elles les portent à l'excitabilité ; dans le plus grand nombre de cas elles les font tomber dans la lypémanie ; presque toujours, elles hâtent chez eux les progrès de la démence.

Dans quelques cas, elles semblent favoriser l'explosion d'une folie, qui, elle aussi, est surtout marquée par la lypémanie ou la tendance à la démence. Mais, en dehors des considérations étiologiques, la folie ainsi produite ne présente pas des caractères assez bien déterminés, ne constitue pas un type morbide assez distinct, pour que l'on puisse dire qu'il y ait réellement une folie cardiaque.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1889.

Présidence de M. J. FALRET

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

M. LE PRÉSIDENT informe la Société que M. Ladame, de Genève, membre associé étranger, assiste à la séance.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Guignard s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

2° Des lettres de remerciements de MM. Samuel Garnier et Roberto Massalongo, nommés membres de la Société.

La correspondance imprimée comprend :

1° Le 5e fascicule des *Alchimistes grecs*, publiés par M. Berthelot ;

2° Un travail sur le sulfonal, par MM. Funaioli et Raimondi, de Sienne.

M. LEGRAIN fait hommage à la Société d'un volume intitulé : *Hérédité et alcoolisme. Etude psychologique et clinique sur les dégénérés buveurs et les familles d'ivrognes.*

Congrès international de médecine mentale.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Messieurs, le Comité d'organisation du Congrès international de médecine mentale s'est réuni le samedi 23 février, à 4 h. 1/2, à l'Hôtel des Sociétés savantes. Après avoir entendu les renseignements officiels fournis par M. le professeur

©BIUM

Gariel, rapporteur général des congrès et conférences de 1889, le Comité s'est occupé de la date du Congrès. Vous savez que, primitivement, il avait été convenu que l'on se réunirait du 21 au 24 août; mais de nombreux directeurs médecins des asiles de province ont réclamé contre cette date qui se trouve être celle de la réunion des conseils généraux. Le Comité a tenu compte de ces justes réclamations et a reporté le Congrès à la première semaine du mois d'août : il s'ouvrira donc le lundi 4 août pour finir le samedi 10 août.

La question du local où se tiendront les séances n'est pas encore résolue. Comme il nous sera impossible d'avoir le grand amphithéâtre de l'École de médecine où se tiendra, du 5 au 10 août, le Congrès d'hygiène et de démographie, on a proposé de faire des démarches auprès du conseil municipal de Paris pour obtenir une des salles de l'Hôtel de Ville ; et si cette faveur ne pouvait nous être accordée, on s'adresserait à M. l'administrateur du Collège de France pour un des amphithéâtres de cet établissement. Ces démarches seront faites dans le plus bref délai possible, pour que nous soyons définitivement fixés sur ce point important.

Enfin, le Comité s'est occupé des excursions scientifiques qu'il y aurait lieu d'organiser. Il a été résolu qu'on les réduirait à deux : la première à l'asile Sainte-Anne; la seconde à l'asile de Villejuif.

M. MAGNAN propose de faire visiter aussi aux membres du Congrès le service d'idiots de M. Bourneville, à l'hospice de Bicêtre.

Cette proposition est adoptée.

Rapport sur le prix Belhomme.

M. CH. VALLON. — Messieurs, vous avez chargé une Commission, composée de MM. Briand, Christian, Magnan, Séglas et Vallon, de choisir un sujet pour le concours du prix Belhomme à distribuer en 1890. Votre Commission s'est arrêtée à la question suivante : De l'état mental du délire chez les idiots et les imbéciles. Au dernier concours, les candidats ayant eu à traiter l'anatomie pathologique de l'idiotie, il a paru à votre Commission, dans l'ordre naturel des choses, de

©BIUM

donner cette fois une question se rapportant à la symptomatologie de l'idiotie.

Dans son choix, la Commission s'est d'abord inspirée des désirs de la famille Belhomme, de voir les sujets proposés aux concurrents se rapporter autant que possible à l'idiotie. D'un autre côté, pour élargir un peu le champ d'observation et permettre ainsi à un grand nombre de concurrents de se disputer le prix, la Commission a jugé utile de faire porter les recherches sur l'état mental et le délire, non pas seulement chez les idiots, mais aussi chez les imbéciles. Quelques membres de la Commission avaient même songé à étendre la question à tous les dégénérés, à tous les degrés de la dégénérescence; mais la majorité a craint de retomber ainsi dans le sujet donné à un des derniers concours pour le prix Aubanel, et finalement la question reste ainsi limitée : *De l'état mental et du délire chez les idiots et les imbéciles.*

Les conclusions du rapport précédent sont adoptées à l'unanimité.

Rapports de candidatures.

M. CHRISTIAN. — Messieurs, notre collègue, M. le Dr Febvré, sollicite l'honneur de faire partie de la Société médico-psychologique.

D'abord interne à l'asile de Maréville, M. Febvré est devenu, en 1882, médecin adjoint de l'asile de Montdevergues ; il y est resté jusqu'en 1887 ; il y était donc au moment de l'épidémie cholérique de 1884, et les services qu'il a rendus à cette occasion lui ont valu une médaille d'or. Nommé, au mois de mars 1887, médecin adjoint des asiles de la Seine, M. Febvré est, depuis le mois de février 1888, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard.

Vous voyez, par cette simple énumération de titres, que M. Febvré a sa place marquée parmi nous. Maintenant qu'il est à la tête d'un important service, il ne manquera pas d'utiliser les matériaux dont il dispose, et vous pouvez compter qu'il sera un collaborateur actif de vos travaux. Jusqu'ici, il a peu écrit. Sa thèse inaugurale roule sur un objet qui n'a avec nos études que

©BIUM

des rapports éloignés : ce sont des *expériences comparatives sur la décompression brusque et sur l'injection d'air dans les artères ;* si intéressantes qu'elles soient, elles ne rentrent guère dans le cadre de notre Société. Depuis qu'il est dans les asiles, il a publié un certain nombre d'observations recueillies parmi ses malades, et tout récemment, dans le *Progrès médical* (1er décembre 1888), un fait d'alcoolisme chez une femme tuberculeuse, chez laquelle les troubles intellectuels et les troubles physiques alternaient d'une façon remarquable.

Je n'ai besoin de rien ajouter pour recommander M. Febvré à vos suffrages. Si nos cadres n'étaient au complet, nous vous aurions proposé de lui donner le titre de membre titulaire. Notre règlement nous permet seulement de le nommer membre corrrespondant ; c'est ce que nous avons l'honneur de vous demander ; ce sera un stage pour arriver au titulariat à la première vacance.

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

M. Rouillard. — Messieurs, vous avez chargé une Commission, composée de MM. Ball, Cotard et Rouillard, rapporteur, de vous présenter un rapport sur la candidature de M. le docteur Domingo Cabred au titre de membre associé étranger de notre Société.

M. Cabred a débuté dans l'étude de l'aliénation mentale à l'asile des femmes aliénées de Buenos-Ayres, où il remplit, pendant trois ans, les fonctions d'interne. Deux ans plus tard, il fut nommé médecin adjoint de l'asile des hommes aliénés de Las Mercedes. Un an après, il était promu sous-directeur de cet établissement, position qu'il occupe encore actuellement. Lorsqu'en 1886 fut créée la chaire de pathologie mentale, le Dr Cabred fut nommé chef de clinique du professeur Melendez. En 1887 il fut, après concours, nommé professeur agrégé des maladies mentales.

Le sujet de la thèse inaugurale de notre distingué confrère fut : *De la folie d'origine réflexe.* Cet important travail comprend un historique complet de la question. Nous y trouvons également développées avec un

©BIUM

grand luxe de détails et des critiques originales, la pathogénie, l'étiologie, l'anatomie pathologique, les formes symptomatiques de cette affection qui a été si controversée. Se prononçant énergiquement pour l'existence des folies sympathiques, le Dr Cabred étudie les folies liées aux diverses maladies utérines, et surtout aux métrites et au cancer. Un grand nombre d'observations nous montrent la relation intime chez la femme entre les troubles intellectuels et l'état de l'appareil sexuel.

Je citerai encore parmi les nombreux travaux de notre savant confrère: une étude parue en 1884 sur les effets de la paraldéhide, et une autre sur l'action de la strychnine dans la manie aiguë. Reprenant les conclusions d'une communication sur ce sujet faite par M. Blosset, médecin de l'asile d'aliénés de Liège, au Congrès d'Anvers en 1885, M. Cabred arrive à des conclusions diamétralement opposées, et nous démontre que la strychnine n'a aucune valeur thérapeutique dans le traitement de la manie aiguë. — Dans un autre travail sur l'âge des paralytiques généraux, il nous montre qu'en Amérique comme en France, la paralysie générale atteint maintenant des sujets jeunes, réputés jusqu'alors à l'abri de cette maladie. Est-ce par ce que l'affection est mieux connue et plus tôt diagnostiquée? Je crois comme M. Cabred à la précocité plus accentuée maintenant de la paralysie générale.

Enfin, Messieurs, ce savant médecin est doublé d'un administrateur de premier ordre, qualité sans laquelle il n'y a pas de bon aliéniste. Il a été le collaborateur assidu du professeur Melendez. C'est à cet éminent aliéniste que la République Argentine doit la création de l'asile de Las Mercedes, construit selon toutes les règles de l'hygiène moderne et qui ne contient pas moins de sept cents malades. Le Dr Melendez a organisé l'assistance des aliénés dans son pays; et vous savez, Messieurs, que cette vaillante nation argentine, née d'hier à la liberté, profite de son autonomie pour marcher résolument dans la voie du progrès, et n'a rien à ce point de vue à envier à la vieille Europe. Le gouvernement de son pays a montré quel cas il faisait de la science de M. Cabred, en l'envoyant étudier en Occident l'organisation des asiles d'aliénés. M. Cabred a déjà rédigé d'importants

©BIUM

mémoires sur les asiles de France, de Belgique, d'Angleterre.

En résumé, Messieurs, c'est un travailleur consciencieux, un aliéniste distingué qui demande place parmi vous. C'est aussi un ami dévoué de la France qui nous rend avec usure la sympathie que nous portons à son pays, où nos idées scientifiques sont en honneur. La Société médico-psychologique s'honorera en ratifiant la décision de votre Commission, qui vous propose de nommer M. Cabred membre associé étranger.

Les conclusions du rapport précédent sont adoptées, et M. Domingo Cabred est nommé membre associé étranger à la majorité des membres présents.

Du cocaïnisme. — Contribution à l'étude des folies toxiques.

M. Saury. — Parmi les troubles fonctionnels si variés que la clinique et l'expérimentation permettent de rapporter à l'action de la cocaïne, ceux qui touchent la sphère psychique ne paraissent ni les moins remarquables ni les moins profonds. Il est facile de s'en convaincre, en étudiant de près les relations, déjà nombreuses quoique récentes, ayant trait à l'intoxication cocaïnique. La plupart signalent, au milieu d'autres symptômes caractéristiques, la présence de phénomènes délirants et d'hallucinations.

Ces effets cependant, soit qu'ils proviennent d'accidents immédiats résultant d'un véritable empoisonnement aigu, soit qu'ils reconnaissent pour cause l'usage prolongé de la cocaïne, semblent n'avoir frappé l'attention des observateurs que d'une façon incidente ou incomplète. Parfois méconnus, surtout (le cas est fréquent) lorsque le cocaïnisme s'accompagne de morphinisme; parfois confondus avec des manifestations dépendant de l'état mental antérieur du sujet; c'est à peine souvent, quand on les trouve mentionnés, s'ils se dégagent d'un ensemble complexe de désordres moteurs et sensitifs. En somme, il n'existe pas de description du délire cocaïnique.

©BIUM

Dans une note que M. Magnan (1) vient de communiquer, en son nom et au mien, à la Société de biologie, nous avons essayé d'établir certaines particularités relatives à la genèse et au développement des troubles intellectuels déterminés par la cocaïne. Nos appréciations étaient basées sur l'analyse de trois cas intéressants de cocaïnisme chronique, observés par nous dans l'espace de ces derniers mois. « Le signe prédominant, disions-nous à propos de nos malades, est fourni par la sensibilité générale ; les hallucinations de la vue, de l'ouïe, de l'odorat viennent ensuite ; le délire est consécutif aux hallucinations. Tous ces phénomènes indiquent une action de la cocaïne s'exerçant d'arrière en avant sur l'écorce des hémisphères cérébraux, des centres préposés à la sensibilité générale aux centres sensoriels spéciaux, puis encore aux centres psychomoteurs, et finalement à la région antérieure. »

Voici les faits qui nous avaient permis de tirer ces conclusions :

Observation I (Résumée). — M. V..., quarante-huit ans, n'a jamais été équilibré au point de vue mental ; il offre des stigmates physiques et psychiques de dégénérescence. En 1876, il eut recours aux piqûres de morphine, pour calmer des coliques néphrétiques. Les douleurs disparues, il cessa la pratique des injections, mais pour s'y adonner définitivement, deux ans après, au cours d'une phase de dépression mélancolique avec idées de suicide. Au début, il trouva dans la morphine la tranquillité d'esprit qui lui faisait normalement défaut ; plus tard, au contraire, il n'en poursuivit l'usage que par habitude acquise, sans d'autre résultat fâcheux qu'une appétence de plus en plus impérieuse pour le médicament. Jamais d'ailleurs il n'en avait porté la dose au delà de 30 centigrammes par jour.

Toutefois, en 1886, après un essai infructueux de suppression graduelle, M. V... encouragé à renouveler sa tentative, crut pouvoir trouver dans la cocaïne la guérison qu'il recherchait. Les premières injections,

(1) Magnan et Saury. *Trois cas de cocaïnisme chronique.* Communication à la Société de biologie, séance du 26 janvier 1889.

©BIUM

prises irrégulièrement, n'eurent pas de conséquences bien appréciables; mais au bout de quelques semaines, la dose quotidienne de cocaïne ayant dépassé 50 centigrammes pour être bientôt élevée à 1 gramme, des phénomènes, typiques dans l'espèce, ne tardèrent pas à se montrer.

Tout d'abord, de simples poussées d'exaltation fonctionnelle : loquacité, bonne humeur, besoins d'exercice corporel, aptitude plus grande au travail, excitation génésique. Puis, apparaissent de véritables désordres de la motilité et surtout de la sensibilité générale et spéciale : secousses musculaires, crampes dans les jambes ; fourmillements aux extrémités ; « sensation de la luette qui tombe et obstrue la gorge ; » langue pâteuse, comme épaissie, d'où le malade croira souvent retirer « de tout petits vers noirs ». Une fois, il voit se déplacer, dans un rapide mouvement d'ascension et de descente, un vide-poche accroché au mur de sa chambre. En d'autres circonstances, il est réveillé par des bruits de « toc-toc » qu'il qualifie d'inquiétants.

Il importe de noter qu'à cette époque, M. V... ne commettait aucun excès de boissons, n'usant de vin qu'aux repas, jamais d'eau-de-vie ni de liqueurs. Du reste, ces premiers incidents disparurent avec la suppression de la cocaïne, malgré la continuation de la morphine à la dose quotidienne de 50 centigrammes et plus, pendant toute la période d'abstinence cocaïnique.

Six mois après, reprise de la cocaïne portée successivement aux doses de 1 gramme, 1 gr. 50 et 2 grammes par jour, et diminution parallèle de la morphine. Au bout de trois mois de ce régime, réapparition des troubles que je viens de décrire, mais plus actifs et plus variés. Ils rappellent, avec moins de vivacité et de diffusion, ceux du délire alcoolique.

M. V... aperçoit des ombres mouvantes se projeter sur les murs ; des mains invisibles le frappent dans le dos, sur les épaules ; la nuit, ses meubles sont bouleversés par des malfaiteurs inconnus. Un jour, il se trouve assailli par un essaim d'abeilles ; elles voltigent autour de lui, ses vêtements en sont couverts ; il les voit, les touche, les écrase, mais (détail à signaler) il ne ressent aucune piqûre, il n'entend aucun bourdonne-

©BIUM

ment ; enfin, l'essaim disparaît subitement, et M. V... reconnaît qu'il a été le jouet d'une hallucination, car il ne retrouve aucune trace des abeilles qu'il était cependant convaincu d'avoir écrasées dans cette lutte singulière. Une autre fois, c'est une tortue qui le croise sur sa route et qui se met à le suivre, gesticulant avec ses pattes, comme pour l'inviter à se lancer dans un précipice voisin.

A mesure que la quantité de cocaïne augmente, les troubles sensoriels (illusions et hallucinations) tendent à s'imposer d'une façon continue ; en même temps, les interprétations délirantes s'accusent. Bientôt, M. V... n'a plus de repos : on le poursuit, on le nargue ; il se plaint de saveurs désagréables ; on lui fait respirer « des gaz pour le rendre fou » ; son corps se bouche et se recouvre de vermine, etc. Enfin, il est pris d'un véritable accès maniaque, d'un délire diffus avec mélange d'idées ambitieuses et de persécution.

Sans vouloir entrer dans tous les détails de cette observation, sur laquelle je me propose de revenir, — car elle est intéressante à plus d'un titre, — je tiens à faire ressortir plusieurs phénomènes qui paraissent donner à l'intoxication cocaïnique un cachet spécial.

Le caractère le plus saillant de ces manifestations se dégage des troubles dont la sensibilité générale est le siège. J'ai déjà mentionné quelques-unes de ces perversions ; celle qui prédominait consistait dans une impression cutanée particulière, d'une rare ténacité, poussant le malade à fouiller constamment dans les abcès produits par ses innombrables piqûres, pour en retirer des prétendus insectes microscopiques, « des microbes du choléra. »

Nous allons retrouver la même sensation de corps étrangers sous la peau, presque avec la même interprétation, chez les deux autres malades.

Notons également, en dehors des hallucinations proprement dites (phénomène purement cérébral), des troubles oculaires périphériques portant sur la vision et l'accommodation : (diplopie, amblyopie), objets colorés en rouge ou en vert (chromatopsie) ou bien apparaissant plus petits que nature (micropsie).

Les troubles auditifs seraient toujours restés élémen-

©BIUM

taires. Les « voix » que M. V... nous dit avoir quelquefois perçues, ne se sont jamais projetées au dehors ; c'étaient des *voix intérieures*. Cette forme atténuée contraste évidemment, du moins chez ce malade, avec l'activité des hallucinations de la vue et surtout de la sensibilité générale.

D'après ce que nous connaissons de l'action physiologique de la cocaïne (1), les phénomènes d'analgésie et d'hyperexcitabilité neuro-musculaire ne semblent pas moins essentiels. Les premiers expliquent comment M. V... a pu s'introduire, à différentes reprises, dans le rectum, sans douleur concomitante ou consécutive, un manche de couteau, des clefs, des aiguilles, actes qu'il accomplissait « pour se donner de l'air ». Les autres rendent compte des troubles que nous avons observés du côté moteur : tremblements, convulsions partielles et peut-être totales, puisque M. V... déclare avoir souvent constaté, au moment de son réveil, des taches de sang sur l'oreiller et des morsures de la langue.

Enfin, je crois devoir insister, à propos de cette observation, sur l'antagonisme qui paraît exister entre la morphine et la cocaïne, et qui ferait pour ainsi dire de la première de ces substances le contre-poison de la seconde. M. V..., sous l'influence d'une idée de suicide, avait pris en injections hypodermiques jusqu'à 17 grammes de cocaïne, dans l'espace de quatre jours. Une dernière piqûre fut suivie d'accidents très graves : refroidissement général, petitesse du pouls, gêne de la respiration, angoisse précordiale ; le malade conserve toute sa présence d'esprit, mais il éprouve des défaillances, il se sent mourir. Quelques injections de morphine suffirent à le tirer de cette situation alarmante.

Observation II (Résumée). — M. T..., âgé de quarante-quatre ans, n'accuse aucun antécédent morbide

---

(1) Laborde. *Étude expérimentale sur l'action physiologique de la cocaïne et de ses sels.* In Comptes rendus de la Société de biologie, 22 novembre 1884 et 13 décembre 1885.

Laffont. *Analyse physiologique de l'action de la cocaïne.* Séance de la Société de biologie, 17 décembre 1887.

Richet. *Action convulsivante de la cocaïne.* Séance de la Société de biologie, 5 mai 1888.

©BIUM

dans son hérédité ; comme dispositions personnelles, il convient de noter seulement des accès fréquents de migraine et de coliques hépatiques, qu'il traite, depuis 1884, par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine, à la dose de 40 à 50 centigrammes par jour. En même temps qu'elle calmait ses crises douloureuses, la morphine, dit-il, lui servait de « stimulant cérébral » ; il n'en éprouvait d'ailleurs aucun effet nuisible.

En 1887, substitution de la cocaïne à la morphine, ou plutôt emploi simultané des deux alcaloïdes. La cocaïne procura d'abord une impression favorable : M. T... se sentait plus vigoureux, plus apte au travail intellectuel. Mais quelques semaines après, l'agitation remplaçait le bien-être, et bientôt des mouvements convulsifs partiels, des soubresauts musculaires troublaient le repos du malade jusque dans le sommeil.

Au commencement du mois d'avril 1888, après une nuit de surmenage cérébral, durant laquelle M. T... avait absorbé (toujours par voie hypodermique) environ 2 grammes de cocaïne et 20 centigrammes de morphine, il tomba brusquement frappé d'une attaque épileptique : cris, perte absolue de connaissance, convulsions toniques et cloniques (face et membres), écume à la bouche, râle trachéal. Le malade peut se relever au bout d'une demi-heure, mais en état d'amnésie complète sur l'accident qui vient de se produire.

Quatre attaques de même nature et de même forme sont notées, d'avril à juillet.

Dans le courant de ce dernier mois, apparition d'idées hypochondriaques avec troubles accusés de la sensibilité générale : M. T... croit être envahi par la vermine ; il prétend que l'air qu'il respire, le linge et les vêtements qu'il porte, tous les objets qui l'entourent sont infectés « par les microbes » ; tourmenté par une sorte de prurit continuel, il s'écorche la peau et fouillant au fond de la plaie, il en retire les prétendus microbes avec l'ongle ou la pointe d'une épingle.

Telle était la situation de M. T..., au mois d'octobre 1888. Il prenait alors quotidiennement 60 centigrammes de cocaïne et 10 centigrammes de morphine. Une guérison rapide et complète a été obtenue, après un

©BIUM

mois de traitement par la diminution progressive.

OBSERVATION III (Résumée). — M. H..., trente-neuf ans, s'est injecté de la morphine durant quinze années, pour combattre des céphalalgies rebelles, sans accuser d'accidents imputables à ce long abus. En 1887, il cherche à se débarrasser de la morphine en lui substituant la cocaïne ; il parvient ainsi à réduire notablement la dose quotidienne de morphine et même à n'user de cette substance que d'une façon irrégulière, mais pour élever la quantité de cocaïne jusqu'à 2 et 3 grammes par jour. C'est à l'influence de ce nouveau régime, qu'il faut certainement rapporter les troubles physiques et intellectuels que nous constations, chez ce malade, au mois de décembre 1888.

M. H... se présente dans un état cachectique assez prononcé ; depuis plus d'un an, c'est-à-dire depuis qu'il a commencé l'emploi de la cocaïne, il a perdu l'appétit et le sommeil ; il est devenu d'une irritabilité excessive ; des hallucinations de la vue, de l'ouïe et de l'odorat, des troubles de la sensibilité générale contribuent puissamment à le préoccuper. Il aperçoit des figures qui s'allongent, des têtes qui augmentent de volume ; souvent tous les objets perdent leurs contours réels ; des bourdonnements, des sons de cloche, des voix qui l'interpellent, le tiennent d'autant plus en éveil que les désordres sensoriels ont suscité des interprétations délirantes pénibles.

Mais le malaise le plus caractéristique et le mieux établi, consiste encore dans une sensation désagréable, qui s'impose presque en permanence et qui oblige le malade à se déchirer avec les ongles la peau du front et des avant-bras, à racler sa langue, pour enlever des corpuscules qui le gênent et qu'il considère comme des « cristaux de cocaïne » éliminés par transsudation.

Crampes, fourmillements, plaques d'anesthésie autour des piqûres, obscurcissement visuel.

A noter aussi, comme phénomènes du début, l'activité cérébrale, le besoin exagéré de mouvement consécutifs aux premières injections de cocaïne. Cet état d'exaltation contraste avec les troubles dépressifs qui surviennent à une période plus avancée de l'intoxication : l'amaigrissement, la perte des forces physiques

©BIUM

et intellectuelles ne tardent pas à remplacer une vigueur factice et passagère.

Conclusions.— Peut-être m'objectera-t-on qu'il s'agit de manifestations complexes, au sujet desquelles il y aurait lieu d'admettre une action combinée de la morphine et de la cocaïne ? Je répondrais que mes trois malades ont pu s'injecter *impunément*, durant plusieurs années, des doses parfois considérables de morphine. Les accidents n'ont éclaté qu'à la suite de l'emploi de la cocaïne, pour disparaître avec la suppression complète, ou s'amender avec la simple diminution de cette substance. Il est certain que la cocaïne reste seule en cause dans la production des troubles intellectuels, moteurs et sensitifs.

Je n'insisterai pas autrement sur la discussion des faits que je viens d'exposer, n'ayant pas l'intention de développer aujourd'hui toutes les considérations qui découleraient d'une étude complète sur le cocaïnisme. Je me bornerai à conclure sur le seul point que j'ai voulu examiner, à savoir : non seulement qu'il existe un délire spécial d'origine cocaïnique, mais encore que ce délire occupe une place importante dans le groupe des folies toxiques.

Le délire cocaïnique participe des caractères généraux des folies par intoxication. Il présente cependant un certain nombre d'attributs qui lui appartiennent en propre et qui permettent de le distinguer.

Dans leur ensemble, les effets observés résultent d'une part, des propriétés excitantes de la cocaïne sur la couche corticale des hémisphères, principalement sur les régions postérieure et moyenne (centres sensoriels et psycho-moteurs) ; — d'autre part, de son pouvoir d'arrêt sur le fonctionnement des extrémités nerveuses sensibles.

Je crois pouvoir résumer, dans les propositions suivantes, les caractères du *délire cocaïnique :*

A. — C'est un délire essentiellement hallucinatoire. Le trouble des idées n'est jamais primitif, il se greffe constamment sur les troubles sensoriels (illusions et hallucinations).

B. — Tous les sens peuvent être affectés, mais ils le sont d'une manière inégale. Les troubles de la sensibilité

©BIUM

générale accusent une prédominance marquée. Après eux, les hallucinations de la vue, également très actives, paraissent l'emporter, en degré et en fréquence, sur les hallucinations de l'ouïe, et celles-ci à leur tour sur les hallucinations de l'odorat et du goût.

C. — Les troubles sensoriels sont pénibles, multiples et mobiles, comme ceux de l'alcoolisme, mais avec moins d'intensité, de persistance et de variété. La phase de suractivité fonctionnelle qui précède leur apparition, peut être aussi justement comparée à l'ivresse alcoolique.

D. — Les phénomènes délirants s'accompagnent de désordres : 1° de la sensibilité périphérique (analgésies totales ou partielles, troubles inhibitoires de la vision, de l'audition, etc.); — 2° de la motricité (hyperexcitabilité musculaire, convulsions, attaques épileptiformes). Ces derniers accidents rapprocheraient particulièrement le cocaïnisme de l'alcoolisme absinthique.

M. J. SÉGLAS. — Messieurs, je viens d'écouter avec la plus grande attention la communication de M. Saury : les observations qu'il vient de nous lire sont certainement très intéressantes, et ce n'est pas ce point que je me propose de discuter. — Au début de sa lecture, M. Saury nous a dit qu'il n'y avait que des observations de cocaïnisme incomplètes, que la plupart des auteurs ne signalaient que des hallucinations ou quelques troubles délirants, mais « qu'il n'y avait pas de description du délire cocaïnique ». C'est à propos de cette phrase qui m'a frappé au passage et qui m'a fort étonné que je désire présenter quelques observations.

Bien que je n'aie pas encore eu l'occasion d'observer par moi-même de cocaïniques, les faits signalés par M. Saury ne me sont cependant pas inconnus, pour en avoir lu la description dans différents auteurs. Les premiers travaux sur la question et les plus complets, à ma connaissance, sont ceux d'Erlenmeyer qui, dès 1886, donne du cocaïnisme une description qu'il reprend et complète dans un livre publié l'année suivante (1).

(1) A. Erlenmeyer. — Ueber Cocaïnsucht (*Deutsche medicinal Zeitung*, 1886, n° 44), et *Die Morphiumsucht und ihre Behandlung*, 3e édition, Berlin, 1887.

©BIUM

Erlenmeyer distingue deux formes de cocaïnomanie (Cocainsucht), suivant qu'elle est isolée ou associée à la morphinomanie. Mais même dans ce dernier cas, qui est celui des malades de M. Saury, lorsque les troubles intellectuels viennent à se développer, c'est sous l'influence de la cocaïne (1). Voici, dans ces cas, quels sont, pour Erlenmeyer, les symptômes de cocaïnisme (cocainismus).

Il les divise en symptômes d'intoxication et symptômes d'abstinence.

Parmi les premiers, il distingue des symptômes physiques dont je ne parlerai pas ici. Les troubles mentaux se présentent alors sous la forme de délire hallucinatoire (hallucinatorische Verrücktheit) à début et à marche rapides, avec une sorte d'affaiblissement psychique général, de la diminution de la mémoire, avec des idées de persécution et, parfois, des impulsions dangereuses sous l'influence d'un état paroxystique. Ce délire est lié à des hallucinations de l'ouïe (bruits, voix injurieuses, grossièretés) et de la vue (hommes, animaux, choses diverses) ; à des sensations cutanées anormales (abnorme Hautgefühle) (2). Ce sont les troubles de la sensibilité générale de M. Saury. De même que les hallucinations visuelles et les illusions, les troubles oculaires paraissent avoir attiré l'attention d'Erlenmeyer, car il parle de troubles optiques et de scotomes disséminés multiples formant dans le champ visuel des taches noires sur un fond blanc, animées par l'imagination du malade et interpétées par lui d'une façon fausse : c'est ainsi qu'un de ses malades voyait un millier de puces sur ses draps. Il constate aussi des troubles du langage, du style, la graphomanie, etc... Parmi les symptômes psychiques d'abstinence, il signale un état mélancolique avec affaiblissement de la volonté, pleurs, gémissements, etc... Il a aussi noté, comme le fait M. Saury, que les hallucinations des différents sens disparaissent vite, presque au moment de la suppression de la cocaïne. Les idées de persécution persisteraient

(1) *Loc. cit.*, p. 481.
(2) *Loc. cit.*, p. 182.

©BIUM

plus longtemps et il faut toujours être en garde contre la dissimulation de ces malades.

Vous voyez donc, Messieurs, que la description du délire cocaïnique, donnée il y a quelques années par Erlenmeyer, est sensiblement identique à celle que vient de nous lire notre collègue. J'ajouterai que, comme lui, l'auteur allemand me paraît avoir attaché une assez grande importance aux troubles de la sensibilité ; car, après les avoir signalés, il discute plus tard les observations de Smidt, qui ne croit pas à l'entité de la folie cocaïnique et dit n'avoir pas constaté de sensations cutanées anormales. Il fait remarquer, à ce propos, que deux des malades de Smidt éprouvaient des sensations désagréables de chatouillements, de fourmillements, de décharges électriques et que l'un d'eux se plaignait qu'on lui enlevait la morphine du corps à l'aide de fines aiguilles (1).

Ce point particulier semble avoir encore attiré l'attention d'autres observateurs. C'est ainsi que Heimann (2) dit avoir observé des cas de délire hallucinatoire chez des morphio-cocaïniques par l'emploi interne ou sous-cutané de la cocaïne. Ce trouble mental, qu'il dit être amené constamment par la *cocaïne seule*, serait caractérisé par des sensations anormales caractéristiques de la peau, par la nature des idées délirantes, par la marche de l'affection.

Bühler (3) aussi rapporte les cas de deux malades morphinomanes ayant présenté à la suite d'injections de cocaïne de l'excitation intellectuelle, des troubles de la vue ; ils voyaient de petits points noirs, de petits vers qui remuaient, s'allongeaient, qui sautaient sur la main, sur les feuilles, sur les murs.

Obersteiner (4), dans une sorte de revue sur les psychoses par intoxication, parle incidemment du délire cocaïnique qu'il compare, comme le fait aujourd'hui

---

(1) *Loc. cit.*, p. 168.
(2) Cité par Erlenmeyer, *loc. cit.*
(3) Bühler. — Zwei Fälle von Cocaïnvergiftung (*Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte*, 1886, n° 21.
(4) Obersteiner. Ueber Intoxicationpsychosen (*Wiener med. Presse*, 24 janvier 1886, n° 4).

©BIUM

M. Saury, au délire alcoolique, et signale les hallucinations de ces malades qui voient de petites bêtes qui courent sur leur corps.

Je pourrais encore, Messieurs, vous citer d'autres noms, par exemple, Bornemann, Seifert, Westphal, Jastrowitz, qui parlent plus ou moins rapidement du délire hallucinatoire des cocaïniques. D'ailleurs, les Allemands ne sont pas les seuls à avoir étudié le cocaïnisme, et les recueils anglais renferment aussi des faits analogues sur lesquels je ne puis insister dans cet exposé succinct et forcément incomplet. Je tenais simplement à rappeler que, contrairement à l'opinion de M. Saury, le délire cocaïnique a été signalé et même assez bien étudié déjà pour qu'on retrouve dans la description, donnée notamment par Erlenmeyer, les mêmes faits que M. Saury cherche aujourd'hui à mettre en vedette.

M. Paul Garnier. — Je suis complètement de l'avis de M. Saury lorsqu'il refuse à l'intoxication morphinique la production des troubles intellectuels relevés dans les trois observations qu'il vient de nous communiquer, pour l'attribuer exclusivement au cocaïnisme concomitant. Je pense, en effet, que le délire est chose tout à fait exceptionnelle dans le cours du morphinisme chronique. On ne le voit guère se développer que sous l'influence de la suppression brusque ou trop rapidement progressive du poison quotidien. Il peut y avoir alors dans la sphère mentale le même désarroi, la même détresse que dans la sphère somatique, le stimulant habituel venant tout à coup à faire défaut. C'est cette opinion que je me suis appliqué à défendre dans un mémoire publié il y a quelques années (1). Il paraît en être tout autrement de la cocaïne.

Je crois donc que c'est avec juste raison que M. Saury a donné à sa communication le titre de « délire cocaïnique », négligeant ainsi l'un des deux agents d'intoxication, la morphine, dans le fait de la perturbation psychique aiguë. Il est un point seulement

(1) Paul Garnier. *De l'état mental et de la responsabilité pénale des morphiniques chroniques.* (*Ann. méd.-psych.*, 1886.)

©BIUM

sur lequel je lui demanderai de vouloir bien nous fixer. A-t-il eu l'occasion de constater, dans le cocaïnisme, les mêmes phénomènes dits d'*abstinence*, que dans le morphinisme chronique?

Quant aux attaques épileptiformes mentionnées dans la seconde observation, je ferai remarquer que ces accidents convulsifs, accompagnés de perte de connaissance, se sont également produits chez une morphinomane inculpée de vol, que le parquet de la Seine m'avait chargé d'examiner (1).

M. PICHON. — Je tiens seulement, à propos de la communication de M. Saury, à insister sur deux points. Tout d'abord, comme M. Séglas, je ferai remarquer qu'il y a longtemps que les faits de délire cocaïnique ont été signalés pour la première fois, et que, sur ce chapitre, M. Saury ne peut réclamer aucune priorité. Il y a longtemps qu'à l'étranger ils sont connus. On vient de vous parler d'Erlenmeyer, je connais le mémoire qui a été le point de départ de toutes les séries de travaux écrits sur ce sujet. J'ai eu la bonne fortune d'avoir entre les mains un autre travail du même auteur, dont les conclusions sont peut-être encore plus nettes. Il ne peut donc y avoir de doute à cet égard : on a signalé depuis longtemps non seulement le cocaïnisme, mais, dans cette intoxication, la présence d'hallucinations et de conceptions délirantes, en un mot de troubles psycho-sensoriels véritables. Il n'y a pas eu doute ; la *littérature étrangère*, comme vient de le démontrer M. Séglas, en fait foi. Mais, en dehors de la littérature *étrangère*, en dehors des auteurs *allemands* qu'on a cités et dont je pourrai allonger la liste sans utilité, je tiens cependant à faire remarquer qu'en France même des faits de cet ordre ont été publiés. Et, pour ne pas faire ici un vain étalage d'érudition, je me contenterai de signaler une conférence de M. le professeur Ball et un mémoire important d'Erlenmeyer lui-même écrit en français et datant de 1886 (2). J'ai pu observer moi-même, avec bien des cas de morphinisme, quelques cas de cocaïnisme.

(1) Paul Garnier. *Congrès de phréniatrie et de psychopathologie d'Anvers*, 1885.

(2) In *l'Encéphale*, t. VI, p. 677.

©BIUM

Or, ma conviction est que les hallucinations sont très rares, aussi bien dans le *morphinisme* que dans le *cocaïnisme*, et que, quand on les y trouve, elles sont dues le plus souvent à un élément étranger, *coexistant*, l'*alcoolisme* dans la grande majorité des cas. Et je demanderai à ce propos à M. Saury si, dans ses trois observations, il a cherché la présence de ce nouveau facteur.

M. Saury. — J'ai, comme le dit M. Pichon, recherché effectivement avec soin si l'alcoolisme pouvait être incriminé. Eh bien ! chez mes trois malades, malgré tous mes efforts, je n'ai rien pu trouver. Ils ne faisaient aucun excès de boisson...

M. Pichon. — J'ai fait cette demande parce que, je le répète, je ne crois pas que la cocaïne puisse à elle seule provoquer des troubles psycho-sensoriels : je les ai bien observés moi-même aussi, mais bien rarement; et, dans un cas au moins, chez un *cocaïnomane*, on devait incriminer l'élément éthylique surajouté.

Le *second* point sur lequel je désire insister est plus important et touche à une question clinique des plus intéressantes. Je m'explique. Si j'ai bien entendu, les trois malades dont parle M. Saury ont d'abord pris de la *morphine* avant de prendre de la *cocaïne*. Après avoir été *morphinomane* et avoir voulu se guérir par la *cocaïne*, ils sont devenus en dernière analyse *cocaïnomanes*, comme c'est du reste la règle. Or, le même auteur, M. Erlenmeyer, a décrit un état toxique tout à fait particulier, qu'il appelle *morphino-cocaïnomanie* (morphium-cocaïnsucht), qui se rapproche absolument de l'état que M. Saury vient de décrire chez ses trois intoxiqués (et c'est encore là une nouvelle analogie). En effet, dans cette maladie complexe, il y a non pas deux intoxications associées, non pas, en un mot, une *coexistence* de deux états toxiques, mais bien une véritable combinaison, une nouvelle affection hybride. Cet état spécial a ses symptômes, et surtout son pronostic propres, qui diffèrent des symptômes, du pronostic de chacun des deux états toxiques précités pris en particulier. Pour ce qui est du pronostic, à l'opposé du cocaïnisme, il en est si différent qu'il est presque toujours fatal dans l'état en question, dans la morphino-cocaïnomanie.

Pour ce qui est des symptômes, ils en diffèrent aussi,

©BIUM

et l'on s'en rendra facilement compte si l'on songe qu'il y a là une *nouvelle* intoxication, qui, quoique formée des mêmes éléments, est absolument différente des deux premières. Voici en effet ce qui se passe en pareil cas : le morphinomane, croyant trouver dans la cocaïne un agent de guérison, arrive vite à abuser aussi de la cocaïne ; mais, et c'est là le point important, basé déjà sur beaucoup d'observations, il n'en continue pas moins l'abus de la morphine. Et, en fin de compte, pour employer le langage imagé d'Erlenmeyer (pour ne pas dire plus), *il tombe de Satan dans Belzébuth,* il devient morphino-cocaïnomane. Les symptômes observés alors consistent surtout en hallucinations terrifiantes et en troubles psycho-sensoriels divers.

Or, étant donnée l'analogie frappante qui existe entre ces faits et les trois cas rapportés par M. Saury, je suis très porté à dire que, dans ces derniers, les phénomènes hallucinatoires et psychiques observés doivent plutôt être mis sur le compte d'une affection nouvelle, hybride et absolument spéciale, que sur le compte du cocaïnisme seul.

En résumé, je voulais d'abord et surtout appuyer avec M. Séglas une question de priorité à propos du *délire cocaïnique*, et, en second lieu, établir un rapprochement qui m'a paru légitime, entre les faits intéressants que vous venez d'entendre et ceux réunis et publiés par le médecin de Bendorf, sous le nom de morphino-cocaïnisme.

M. Saury. — La portée de la critique de M. Séglas m'échappe entièrement. N'ai-je donc pas tenu compte des travaux antérieurs publiés sur le cocaïnisme ? Que M. Séglas veuille bien reprendre le texte même de ma communication. J'ai dit qu'il n'existait pas de description, à mon avis exacte, du *délire cocaïnique*, et je maintiens que, sur ce point spécial, mes conclusions établissent un certain nombre de faits nouveaux, notamment en ce qui concerne l'évolution hallucinatoire et délirante.

L'exposé bibliographique de M. Séglas ne prouve qu'une chose, toute en faveur de ces conclusions, à savoir : que les troubles consécutifs à l'usage prolongé de la cocaïne se reproduisent avec des caractères constants chez tous les malades.

©BIUM

D'autre part, M. Séglas et M. Pichon pensent, d'après Erlenmeyer, que, dans les cas de morphino-cocaïnisme, il est impossible de séparer l'action propre à la cocaïne de celle qui revient à la morphine. Les phénomènes observés seraient la résultante de l'influence combinée des deux substances.

Contrairement à cette opinion, et tout en admettant que le morphinisme exerce une certaine action sur la marche du cocaïnisme, j'estime qu'il s'agit moins d'une combinaison que d'une simple coexistence morbide. Et comme nous connaissons les propriétes respectives des deux alcaloïdes, nous pouvons, par conséquent, distinguer leurs effets.

Pour en revenir aux observations que j'ai eu l'honneur de vous soumettre, je crois pouvoir affirmer que la cocaïne est seule en cause, pour les raisons suivantes :

1° S'il est vrai que l'empoisonnement morphinique réagisse défavorablement sur l'état mental, il est contestable qu'il puisse provoquer directement les hallucinations et le délire ;

2° J'ajoute, comme je l'ai déjà indiqué, que mes trois malades ont pu s'injecter *impunément*, durant plusieurs années (de cinq à quinze ans), des doses parfois considérables de morphine ; les accidents (intellectuels, moteurs et sensitifs) n'ont éclaté qu'à la suite de l'emploi de la cocaïne, pour disparaître avec la suppression ou s'amender avec la diminution de cette substance ;

3° Enfin, l'administration exclusive de la cocaïne donne lieu à ces mêmes accidents, ainsi que le démontrent les recherches expérimentales (1) et l'observation clinique (2).

M. MAGNAN. — Je demande la permission d'insister sur les deux signes les plus importants du cocaïnisme chronique. L'un appartient aux troubles moteurs, c'est

---

(1) Laborde, Laffont, Richet. *Loc. cit.* note de la p. 443.

(2) Mattison : *L'intoxication par la cocaïne.* Analyse par le Dr O. Jennings, in *Tribune médicale*, n° du 1er janvier 1888. — Ce travail contient le résumé de plus de quarante faits relatifs aux phénomènes toxiques aigus développés accidentellement sous la seule influence de la cocaïne, administrée (en instillations, badigeonnages, pulvérisations, injections hypodermiques) comme anesthésique local.

©BIUM

l'attaque épileptique qui disparaît avec la cessation du poison ; l'autre est d'ordre psychique et se produit par des troubles de la sensibilité générale, qui, dans cette intoxication, tiennent le premier rang parmi les troubles sensoriels ; les hallucinations de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, du goût, sont beaucoup moins actives et passent au second plan ; c'est l'inverse pour l'alcoolisme dans lequel les hallucinations de la vue et de l'ouïe sont les phénomènes prédominants. Dans le cas de M. Jennings, les troubles de la sensibilité générale étaient aussi très accusés.

J'ai eu récemment l'occasion d'observer un cas dans lequel la sensibilité générale a fait presque entièrement tous les frais. Il s'agit d'une dame de trente-cinq ans, évidemment nerveuse, impressionnable, d'une sensibilité extrême et dont les dispositions névropathiques se sont trouvées accrues par une longue et douloureuse maladie. Depuis plusieurs mois, en effet, des abcès se développaient sur différentes parties du corps et s'accompagnaient de vives douleurs pour lesquelles on avait conseillé des applications de compresses imbibées d'une solution de cocaïne. Elle continuait ces applications cocaïniques depuis six semaines, quand j'ai été appelé auprès d'elle. Elle était très anxieuse, gémissait et se préoccupait vivement de petites taches noires que présentait l'épiderme déchiré autour des ongles ; elle arrachait avec effroi ces petits fragments noirâtres qu'elle prétendait être les insectes qu'elle sentait sous la peau et qui la rongeaient. Elle apercevait aussi sur les vêtements et s'efforçait d'enlever tout brin de laine ou de soie qui paraissait un peu noir. Eclairé par les observations précédentes, je demande si l'on n'a pas fait d'injections cocaïniques et, après une réponse négative, on ajoute cependant qu'on recouvre les surfaces ulcérées des abcès de linges trempés dans une solution de cocaïne.

Note sur un cas de démence consécutive à l'intoxication oxycarbonée.

M. Raffegeau. — Messieurs, au moment où les accidents causés par les poêles mobiles sont l'objet de nombreuses discussions dans le monde médical, per-

©BIUM

mettez-moi de vous signaler un fait qui démontre que l'empoisonnement par l'oxyde de carbone peut donner naissance, non seulement à de l'amnésie et à la perte d'un sens, mais encore au ramollissement cérébral.

Il y a près d'un an, le 8 mars 1888, j'étais appelé vers 9 heures du matin auprès de M. et Mme C..., âgés, l'un de soixante-sept ans, l'autre de soixante-cinq ans, la veille bien portants et que leur bonne avait trouvés privés de sentiment dans leur chambre à coucher où se trouvait un poêle mobile.

Fort heureusement on avait mandé aussitôt le savant médecin de Sainte-Anne, M. Bouchereau, ami de la famille, qui avait fait enlever le poêle et organisé les premiers soins ; je continuai donc à pratiquer la respiration artificielle et la flagellation du thorax avec des serviettes imbibées d'eau froide.

Vers midi, Mme C..., qui est d'un tempérament lymphatique et d'un certain embonpoint, reprit peu à peu ses sens et dès le soir elle pouvait donner quelques détails sur l'accident : le poêle avait été chargé dans la soirée, et la cheminée de la chambre à coucher, où on ne le mettait pas d'habitude, avait fort peu de tirage.

Quant à son mari, qui, à l'inverse de Mme C..., était maigre et d'un tempérament nervoso-sanguin, ce n'est que vers 5 heures du soir qu'on put nourrir l'espoir de le sauver et cesser l'emploi de la respiration artificielle ; mais il resta plusieurs jours dans le coma et ne recouvra que lentement et successivement l'usage de ses sens, en commençant par la sensibilité générale et tactile. Le goût et l'odorat revinrent ensuite ; enfin, il put entendre et prononça quelques mots incohérents, mais les yeux restaient sans expression, il ne distinguait plus aucun objet.

Ce ne fut qu'au bout de cinq ou six jours qu'il reconnut à leur voix, sa femme et ses amis ; mais un grand changement s'était opéré en lui : l'intelligence était obtuse et il ne se rendait nullement compte de ce qui s'était passé. On vit dès lors cet homme, qui avait eu un poste élevé dans une grande administration et dont le commerce avait toujours été des plus agréables, perdre ses habitudes de propreté et de décence, et incapable d'aucun effort intellectuel, n'avoir plus d'autre préoc-

©BIUM

cupation que de satisfaire ses besoins physiques. La vie devint presque entièrement végétative, et il fallut le diriger comme un enfant.

D'emblée, pour ainsi dire, M. C... avait donc été frappé de démence, et comme pour confirmer ce diagnostic, en même temps que se manifestaient des idées délirantes bizarres, comme celles de prendre parfois sa femme pour sa sœur et de lui parler à elle-même de son récent mariage avec une cousine, il commença bientôt à avoir de l'embonpoint et sa bonne mine fit l'admiration de tous ceux qui l'avaient connu jusque-là maigre et plutôt chétif.

Mais pendant que toutes les autres fonctions se régularisaient, la *vue* restait abolie ou à peu près, et je sollicitais l'avis d'un oculiste qui ne constata aucune lésion appréciable du globe oculaire. — Il y a quelques jours, l'œil ou plutôt les yeux de M. C... furent de nouveau examinés avec soin par mon ami le Dr Kalt, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu, et voici le résultat de son observation :

« Aspect extérieur des globes, normal. — Pas de parésie des muscles extrinsèques. — Pupilles égales, moyennes, se contractant bien sous l'influence de la lumière. — Réflexe accommodateur faible.

A l'ophtalmoscope : Œil droit. — Astigmatisme hypermétropique. — Staphylome à la partie inférieure de la papille. — Disque papillaire uniformément rouge, légèrement voilé, artères normales, veines non tortueuses. — Pas de lésions rétiniennes.

Œil gauche. — Choroïdite péripapillaire sénile. — Teinte uniforme rouge de la papille rappelant son aspect dans l'amblyopie toxique. — Artères un peu diminuées. — Veines non tortueuses. — Excavation au centre. — Pas de lésions rétiniennes. — Hypermétropie légère.

La vision paraît abolie dans la moitié supérieure des deux rétines ; la moitié inférieure a conservé de chaque côté une vision qui permet au malade d'apercevoir les doigts de la main. Le rouge est nettement distingué dans cette portion du champ visuel, mais non le vert.

La séparation de la portion voyante et de la portion insensible se fait dans chaque œil suivant une ligne à

©BIUM

peu près horizontale. La macula reste comprise de chaque côté dans la zone amblyopique.

L'existence de scotomes symétriques à forme d'hémianopsie inférieure nous permet de localiser dans les lobes occipitaux la lésion productive de l'amblyopie. Cette localisation est corroborée encore par l'apparition précoce des troubles intellectuels révélant des altérations corticales.

Mais, d'un autre côté, il est probable qu'il y aura eu en même temps dans la région intracrânienne des deux nerfs optiques, peut-être aussi dans la chiasma, production de foyers de névrite retro-bulbaire centrale.

Cette névrite partielle, qui atteint plus particulièrement les fibres se rendant à la région maculaire des deux rétines, est bien connue dans l'intoxication d'origine alcoolique et elle présente assez souvent un aspect ophtalmoscopique semblable à celui que nous avons décrit.

Le scotome central, qui est la caractéristique de la névrite rétro-bulbaire, ne peut pas, à la vérité, être révélé dans notre cas, en raison de l'étendue des scotomes hémianopsiques.

La conservation du réflexe lumineux pupillaire s'explique fort bien par l'intégrité d'une bonne partie des fibres optiques reliant l'œil aux tubercules quadrijumaux. L'irritation et la prolifération de la névroglie entraînant une hyperémie du nerf expliquent seules la rougeur observée sur les deux disques papillaires.

Nous conclurons donc, d'après l'examen des yeux, à l'existence de lésions diffuses des lobes occipitaux avec un certain degré de névrite interstitielle des deux nerfs optiques. »

Pour nous aussi, il est évident qu'il existe des lésions centrales, et ce n'est pas la première fois que pareil fait se produit, puisqu'un auteur allemand cité par M. Lancereaux, Vœlcken, a rapporté en 1882 (*Berlin. Klin. Wochenschrift*, 26 juin 1882) six observations de ramollissement cérébral consécutif à l'intoxication par l'oxyde de carbone.

La première est celle-ci. Deux époux sont asphyxiés accidentellement par un poêle. Le mari, en observation pendant sept semaines, en est quitte pour un léger ma-

©BIUM

laise. Mais la femme, âgée de trente-sept ans, est plus gravement atteinte. Elle reste d'abord deux jours sans connaissance. Huit jours après, ayant repris ses occupations, elle présente de l'hésitation de la parole.

Le vingt-sixième jour, on observe l'état suivant : somnolence, apathie, raideur des membres, myosis, regard vague et fixe, selles involontaires, rétention d'urine. Quarante-cinq jours après son intoxication, elle succombe à une broncho-pneumonie en présentant des eschares au sacrum. L'autopsie fit constater, entre autres lésions, deux foyers de ramollissement jaune placés dans les corps striés sans la moindre trace d'obstruction vasculaire.

Dans les autres cas, la mort survient dans l'espace d'un mois après l'accident et l'on constate également à l'autopsie des foyers de ramollissement siégeant de préférence dans les couches optiques et les corps striés.

Bien avant Vœlcken, du reste, en 1843, Bourdon (1) avait réuni dans sa thèse inaugurale un certain nombre de faits analogues.

C'est d'abord une jeune fille de vingt ans, chez laquelle survint de l'hémiplégie du côté gauche pendant l'asphyxie et qui ne recouvra qu'incomplètement ses facultés intellectuelles.

Puis un vieillard de soixante-huit ans qui, ayant été asphyxié par la vapeur de charbon, présenta des signes de congestion cérébrale au début ; plus tard, somnolence, hémiplégie avec contracture ; mort. A l'autopsie, ramollissement commençant aux circonvolutions mêmes.

Bourdon cite encore les deux faits suivants : 1° Un tailleur de vingt-huit ans, robuste, asphyxié par la vapeur de charbon, reste pendant plusieurs heures en état de mort apparente. Quand il revient à lui il est privé de la parole, de la vue et de l'ouïe. Ces symptômes se prolongent pendant 4 à 5 jours puis diminuent ; mais le malade, presque entièrement rétabli, se fatigue, s'expose au soleil et il est repris tout à coup des mêmes

(1) Bourdon. *Thèse de Paris*, 1843. Des paralysies consécutives à l'intoxication par la vapeur de charbon.

©BIUM

accidents, qui, cette fois plus graves, mirent plus de vingt jours à se dissiper.

2° Un portier de soixante-neuf ans, robuste, éprouve d'abord de la céphalalgie, à la suite de l'intoxication oxycarbonée ; un mois après, perte subite de connaissance et de mouvement, mort vingt heures environ après cet accident : ramollissement de la partie moyenne d'un des hémisphères du corps strié et de la couche optique.

Nous trouvons aussi dans Ferrus une observation de paralysie générale avec démence, survenue à l'occasion d'une asphyxie.

D'autre part, Malgaigne cite une jeune fille qui, à la suite d'une asphyxie de sept heures, a conservé une langueur et un affaiblissement de l'intelligence qui fait que souvent ou elle n'écoute pas ou elle ne comprend pas du premier coup ce qu'on lui dit.

Si donc, dès 1843, l'asphyxie par la vapeur de charbon pouvait être notée comme donnant parfois naissance au ramollissement cérébral, il n'est pas téméraire de penser que, depuis cette époque (l'usage des poêles s'étant fort répandu), de nombreux cas de démence ont pu être tributaires de la même cause.

Mais comment se forme le ramollissement cérébral dans l'intoxication oxycarbonée? Bourdon en donne l'explication suivante : Puisque dans l'asphyxie le sang, dit-il, engoue, distend le système circulatoire de l'axe cérébro-spinal, et qu'il est liquide et altéré au point de former des ecchymoses dans le tissu cellulaire ou de s'échapper à la surface des muqueuses, il est très raisonnable de penser qu'il puisse s'infiltrer ou s'épancher dans le parenchyme du cerveau et de la moelle, qu'il puisse ramollir, macérer en quelque sorte la pulpe nerveuse, la rendre même déliquescente par la sécrétion de certains produits morbides.

D'autre part, d'après Klebs, cité également par M. Lancereaux, il y aurait dégénérescence graisseuse des vaisseaux et surtout de la tunique interne, comme dans l'empoisonnement par le phosphore. En même temps, perte de l'élasticité et de la résistance, et par conséquent gêne de la circulation pouvant amener la mauvaise nutrition des parties irriguées et le ramollissement.

©BIUM

Cet auteur d'ailleurs a démontré, sur les ailes transparentes de la chauve-souris, l'accumulation du sang, dans les petits vaisseaux, sous l'influence de l'intoxication oxycarbonée.

Pour ma part, je me rangerais volontiers à la théorie de Klebs, mais je me hâte de laisser la parole à M. Bouchereau, témoin oculaire des faits que j'ai rapportés, et qui, bien mieux que moi, pourra leur donner l'interprétation convenable.

M. Bouchereau. — La communication si pleine d'intérêt de M. Raffegeau concerne deux sujets soumis à notre observation pendant longtemps et jouissant de l'intégrité de leurs fonctions intellectuelles le jour même où ils ont été victimes d'un empoisonnement par l'oxyde de carbone. Le mari avait l'esprit vif et cultivé; mis récemment à la retraite par limite d'âge, il remplissait à ce moment des fonctions délicates dont il s'est acquitté jusqu'au dernier jour à la satisfaction de ses chefs et du public; son intelligence était demeurée active et lucide; la femme, moins bien douée, n'avait jusque-là accusé aucun phénomène particulier.

Au moment où, appelé par la servante, j'ai pénétré dans la chambre, le mari était étendu sans connaissance sur un lit placé au fond de la pièce; sa respiration était rare, pénible, son pouls à peine perceptible. La femme occupait un autre lit posé tout près de la fenêtre; elle avait certainement absorbé une moindre quantité d'oxyde de carbone, aussi chez elle les troubles de la circulation et de la respiration étaient moins accusés, le coma moins profond; sous l'effet des mesures adoptées, elle revint à elle assez rapidement, et toutes ses fonctions physiques se rétablirent complètement dans un court délai : elle a conservé durant une huitaine de jours de l'amnésie, de la confusion dans les idées, une incapacité absolue à agir, à prendre une résolution quelconque; la liberté de son jugement lui a fait défaut pendant tout ce temps, elle n'eût pu être déclarée responsable de tout acte accompli à ce moment, elle ne jouissait certainement pas de sa capacité civile. Quand le mari est sorti du coma, il avait perdu toute notion réelle du passé et du présent, il prononçait des paroles sans suite, se livrait à des mouvements désordonnés; il

©BIUM

avait oublié le souvenir de parents et d'amis décédés auxquels il était auparavant très fidèle, il se trouvait privé de la conscience de sa situation nouvelle, il était entré d'emblée dans une démence complète, il a fallu désormais le diriger dans toutes ses actions ; il s'abandonne à des emportements furieux quand on le contrarie dans ses désirs, appétits ou besoins matériels ; il mange avec voracité, ne prend aucun intérêt à la direction de sa fortune, sa vie est toute végétative, et après une année écoulée, il n'y a pas apparence que ses dispositions actuelles tendent à se modifier, sa démence est telle qu'au premier jour où il est sorti de l'état comateux ; frappé de cécité, il reconnaît à l'accent de leur voix les personnes avec lesquelles il avait antérieurement des relations habituelles ; il a eu à deux reprises, pendant plusieurs jours, de l'agitation avec impulsion à la violence, la motilité est restée indemne à part la faiblesse générale observée dans la première semaine de l'accident ; les troubles constatés chez lui se sont limités à la démence, frappant l'ensemble des facultés intellectuelles, à la cécité; ces troubles. ont présenté de suite l'intensité que l'on constate actuellement, ils n'ont pas varié, ils sont permanents. Chez la femme, au contraire, les troubles intellectuels ont été passagers, de courte durée : à M. Raffegeau et à moi, il nous a paru utile d'appeler l'attention sur ces faits. En l'absence de la constatation anatomique définitive, l'observation clinique conserve tout son intérêt.

M. Vallon fait remarquer que l'hypothèse de la névrite est discutable dans le cas de M. Raffegeau.

M. Pichon. — L'observation de cécité brusque à la suite d'empoisonnement et d'asphyxie par l'oxyde de carbone, inexplicable au premier abord, s'expliquerait assez bien, si l'on considère que l'on a observé, et que pour ma part j'ai vu quelquefois des amblyopies chroniques professionnelles chez les individus que leur état expose aux vapeurs de charbon, comme les cuisiniers, etc. Ces amblyopies, comme du reste presque toutes les amblyopies toxiques, ainsi que l'ont démontré les auteurs, et parmi eux Wecker et Abadie, commencent d'abord par la décoloration de la papille, passent par les autres stades (œdème, etc.), pour arrriver enfin à l'atrophie

©BIUM

blanche, c'est, du reste, le processus de l'atrophie progressive.

M. Paul Garnier. — Les troubles neuro-psychopathiques consécutifs à l'intoxication oxycarbonée sont des plus variés et souvent fort complexes. Je crois qu'il convient de distinguer entre ceux qui acquièrent immédiatement leur plus grande intensité, se résolvent assez rapidement sans laisser de traces appréciables, et ceux qui adoptent une allure progressive et dégénérative.

Dans le groupe des phénomènes immédiats, à rétrocession plus ou moins prompte, je puis placer les accidents que j'ai observés récemment chez une femme qui a tenté de s'asphyxier par les vapeurs de charbon, avec son enfant âgé de dix ans. Cette affaire fit un certain bruit en raison des circonstances qui avaient précédé, accompagné ou suivi, cette tentative de suicide concertée entre la mère et l'enfant.

Trouvés étendus côte à côte sur leur lit, dans un état de mort apparente, on crut tout d'abord qu'il n'y avait plus rien à tenter pour les rappeler à la vie. Tous deux, cependant, furent transportés à l'hôpital où des inhalations d'oxygène les ranimèrent. Mais le petit garçon retombait presque aussitôt dans le coma et mourait quelques heures après. La mère ne reprit complètement connaissance que le surlendemain et l'on constata chez elle une *monoplégie brachiale droite* qui existait encore dix jours plus tard, date à laquelle je vis la malade à Saint-Lazare où elle avait été transférée sous l'inculpation d'homicide volontaire.

Outre cette paralysie partielle, dont la durée n'excéda pas trois semaines, ce qui frappait le plus chez cette femme c'était un *état mental* tout spécial. Le teint était plombé, ses traits avaient une immobilité marmoréenne : la physionomie était comme *figée*, le regard vague et atone. A cet *habitus*, correspondait une sorte de suspension de l'idéation. La perception était lente et pénible ; on n'obtenait peu ou pas de réponses aux questions les plus simples. Consciente, dans une certaine mesure, de son état de torpeur psychique, elle-même le caractérisait ainsi : « Depuis mon *accident*, il me semble que j'ai le cerveau vide; je n'ai plus d'idées;

©BIUM

je ne puis pas penser.» C'était, comme impuissance psychique, ce qu'est l'inertie motrice d'un individu atteint de paralysie et qui fait de vains efforts pour mettre ses muscles en mouvement. Là comme ici l'incitation reste à peu près stérile.

Cet état de stupeur des cellules nerveuses, génératrices des processus d'idéation, dont il faut évidemment chercher la cause en la présence de l'oxyde de carbone dans le sang mis en contact avec ces éléments nerveux, cette stupeur, dis-je, se dissipa peu à peu. La pensée se dégagea progressivement de cette obnubilation si marquée et les réactions psychiques apparurent. La malade raconte alors volontiers que, poussée par la misère, se voyant dans une situation sans issue, elle avait perdu courage et avait cédé à un accès de désespoir. Elle avait persuadé à son enfant qu'il valait mieux en finir et tous deux avaient organisé les préparatifs du suicide, etc. Mais, à mesure que se dissipait son inertie morale, cette femme se prit à se lamenter sur la mort de son fils, déclarant que la vie lui était insupportable, ayant sans cesse devant les yeux le spectacle de son enfant mort. Elle combina, à deux ou trois reprises, une nouvelle tentative de suicide par strangulation, à la prison de Saint-Lazare. D'après les conclusions de mon rapport, cette malheureuse femme bénéficia d'une ordonnance de non-lieu : elle doit être dirigée aujourd'hui même sur l'asile Sainte-Anne. Mais son état de trouble moral actuel, sa mélancolie profonde, ses idées de suicide, ne sont point la conséquence de l'intoxication oxycarbonée, c'est là simplement l'état mental antérieur qui se poursuit. Ce qui semble seulement avoir appartenu à l'action du poison, c'est l'*engourdissement psychique* dont j'ai parlé.

M. Briand a observé trois cas de tentative de suicide par le charbon, ayant comme caractère commun et très net une amnésie limitée au sujet même de la tentative de suicide, sans aucun autre trouble intellectuel consécutif.

M. Paul Garnier. — Je connais les faits auxquels M. Briand vient de faire allusion, et j'ai eu, comme lui, l'occasion de constater les troubles particuliers de la mémoire sous l'influence de l'empoisonnement oxy-

©BIUM

carboné. Il n'est pas rare qu'une personne qui vient d'échapper à l'intoxication perde le souvenir des événements concomitants, des préparatifs d'un suicide, par exemple ; parfois, cette lacune de la mémoire ne sera jamais comblée. Il est des cas où l'amnésie comprend une *période préasphyxique*, de plusieurs heures ou même de plusieurs jours. C'est là une variété étiologique d'*amnésie rétrograde*, analogue à cette amnésie d'origine traumatique dont M. Rouillard nous a lu, ici même, une intéressante observation. Mais le fait que je viens de citer ne saurait être rapproché de ceux-là. Ce n'était pas seulement la mémoire qui se montrait atteinte chez cette femme, c'était toute l'intelligence qui se trouvait obscurcie momentanément. La mémoire s'exerçait dans la même mesure où s'exerçaient les autres facultés, c'est-à-dire lentement, péniblement. En s'y reprenant à bien des fois, à l'aide d'efforts mnémoniques multipliés, la malade rendait compte de l'événement, des incidents qui avaient précédé, de la participation active de son fils dans les derniers arrangements ; elle se rappelait que celui-ci lui avait dit : « Allons, maman, il est temps ! Tout le monde est couché dans la maison ; personne ne nous dérangera ; je vais allumer le réchaud. » Il ne manque dans le registre du souvenir que l'espace de temps pendant lequel elle est restée sans connaissance. En somme, cette observation peut être donnée, mieux comme un exemple d'une sorte d'impuissance psychique générale réalisée par l'oxyde de carbone que comme un nouveau fait d'amnésie simple.

M. Rouillard. — Les troubles de la mémoire, consécutifs à l'asphyxie par l'oxyde de carbone, seraient bien plus fréquents s'ils étaient mieux recherchés. Je citerai le cas d'un architecte surmené par un travail de concours et qui fut trouvé en état de coma asphyxique dans sa chambre, où il se trouvait un poêle Chouberskky.

Pendant trois jours, il présenta une perte de la mémoire, mais bornée exclusivement à tout ce qui concernait son travail de concours. Malgré ces accidents, on continua à se servir du poêle ; un enfant de l'architecte, qui depuis cette époque est revenu habiter chez

©BIUM

ses parents, présente un notable affaiblissement de la mémoire, qui antérieurement était très vive.

Observation d'une femme devenue aliénée à la suite de pratiques d'hypnotisme.

M. Lwoff. — Dans le numéro d'avril 1888 de la *Revue de l'hypnotisme*, nous avons rapporté l'histoire d'une femme devenue aliénée à la suite de pratiques d'hypnotisme.

Nous avons l'honneur de présenter ici un nouveau cas du même genre que nous avons recueilli, comme le premier, pendant notre internat à l'asile de Villejuif, dans le service de M. Briand qui, d'ailleurs, a fait déjà allusion à cette malade dans la séance du 29 octobre dernier.

Mme L... (Marie), trente-sept ans, couturière, entre à l'asile de Villejuif, le 25 mars 1888.

Antécédents héréditaires : Père mort à l'âge de soixante-douze ans, a eu plusieurs hémorrhagies cérébrales. Pas d'autres antécédents morbides.

La malade vivait maritalement avec un nommé A..., employé, qui nous a fourni la plupart des renseignements. On lui a raconté qu'étant enfant, Mme L... se levait quelquefois la nuit pour se promener dans sa chambre. Mais il ne peut donner aucun détail à ce sujet. A l'âge de quatorze ans, la malade devient enceinte des œuvres d'un nommé X... avec lequel elle a eu des rapports deux ou trois fois seulement. L'enfant vit encore et se porte bien.

A vingt-trois ans, Mme L... a eu une « attaque de nerfs » pour la première fois et, depuis, elle en a eu d'autres qui revenaient une fois tous les trois ou quatre mois.

Mme L..., à part ses attaques, a toujours eu une bonne santé, un caractère très doux et égal.

Au mois d'août 1886, elle s'installe avec M. A... dans un logement de la rue de La Martinière, à Lyon.

Parmi les locataires, il y avait là un nommé B..., ancien ecclésiastique, qui avait pour bonne une sœur défroquée. Cet ecclésiastique se livrait à l'exercice illégal de la médecine; il traitait toutes sortes de maladies,

©BIUM

les paralysies surtout. Il lia presque aussitôt connaissance avec notre malade et eut l'idée de s'en servir pour ses consultations.

Pour s'assurer de son pouvoir hypnotique sur elle, il l'endormit à plusieurs reprises et s'est aperçu qu'il en pouvait tirer profit.

Comme il habitait au 4e étage de la même maison, plusieurs fois dans la journée il envoyait chercher Mme L... La malade montait chez lui ; il la mettait alors en présence d'un de ses clients atteint d'une paralysie par exemple, et la présentait comme une somnambule extra-lucide devant faire le diagnostic, le pronostic et le traitement. Il l'endormait par la fixation du regard. Pour les grandes occasions, il avait dans sa chambre (masquée par un placard) une chapelle qui apparaissait subitement illuminée et Mme L... tombait alors en extase. Je m'empresse de noter que le curé-médecin invoquait toujours le ciel et la religion pour mieux subjuguer son sujet.

Ces manœuvres devenaient de plus en plus fréquentes et Mme L... était hypnotisée trois, quatre et jusque cinq fois dans la journée. Elle ne disait rien d'abord à son amant ; mais ce dernier s'étant aperçu, un peu trop tard, que sa maîtresse devenait de plus en plus bizarre et en ayant trouvé la cause, il lui défendit de revoir le curé. Mais la malade avait perdu toute force de résistance; tout au plus pouvait-elle refuser à la bonne qui venait la chercher ; mais quand le curé venait en personne l'exhorter, au nom du ciel, de persévérer dans la voie qui lui était tracée, elle tombait dans un état d'hébétude profonde et exécutait automatiquement tout ce qu'on voulait d'elle.

Ces pratiques durèrent jusqu'au mois de décembre 1886. L'intelligence de la malade s'affaiblissait tous les jours, elle s'endormait chaque fois que son regard restait fixé quelques instants sur un objet; dans la rue il lui est même arrivé de tomber en catalepsie sous l'influence du reflet lumineux d'un verre de lunette. Les attaques d'hystérie devenaient de plus en plus fréquentes et vers la fin elle est tombée en état de mal hystérique. Elle perdait la mémoire, répétait plusieurs fois la même chose et commençait à divaguer. Son état

©BIUM

physique devenait inquiétant elle maigrissait de plus en plus. Les derniers jours elle disait qu'elle se sentait paralysée, qu'elle ne pouvait plus marcher et finalement elle s'alite. Elle ne peut plus se lever, répète toujours qu'elle va mourir; elle a des soubresauts, des peurs, des frayeurs sans motif. Elle ne dort pas, elle parle sans s'arrêter, ses phrases sont incompréhensibles, elle a des hallucinations, en un mot elle délire.

On fait venir le Dr R... qui constate une paralysie hystérique; il commence par placer une garde-malade auprès d'elle avec défense absolue de laisser entrer le curé ou ses acolytes et lui prescrit un régime.

Au bout d'un mois, la malade commence à reprendre des forces, peut se lever et marcher, vers la fin de janvier 1887. Mais elle est loin d'être guérie. On la place à l'hôpital de l'Antiquaille à Lyon, où elle reste jusqu'au 11 juillet. Elle en sort rétablie physiquement, mais sa raison est toujours malade. Au bout de quelques jours elle part pour Paris sans savoir pourquoi, ni sans rien dire à son amant. Bientôt après son arrivée, elle est arrêtée se livrant à des actes extravagants dans la rue et amenée au dépôt de l'infirmerie.

Voici le certificat rédigé par le docteur P. Garnier :

« Hystéro-épilepsie, troubles névropathiques graves, « attaques convulsives, périodes d'extase, somnambu- « lisme spontané, dédoublement de la personnalité, « amnésie, actes automatiques et inconscients. Arrivée « de Lyon à Paris depuis huit jours, elle croit se trou- « ver dans la première de ces villes ; par le simple re- « gard elle est plongée en état d'hypnotisme et est « suggestible. »

Le certificat délivré à Sainte-Anne par M. Magnan, constate le même état.

Elle reste à Sainte-Anne jusqu'au 25 mars 1888, date à laquelle elle est transférée à Villejuif, dans le service de M. Briand, dont j'avais l'honneur d'être à cette époque l'interne.

La malade a le regard hébété, vague, regard commun d'ailleurs à beaucoup de sujets qui ont été soumis à des pratiques exagérées d'hypnotisme. Elle n'a pas une conscience complète de son état, mais raconte cependant quelques traits saillants de son histoire, tout en em-

©BIUM

brouillant les dates et les lieux. Elle cherche ses idées, n'est pas capable de fixer son attention sur un sujet. Elle récrimine contre ses compagnes, suscite des querelles et se prétend persécutée par les malades et la surveillante.

Elle a de l'hémianesthésie gauche avec rétrécissement du champ visuel. Nous essayons de l'endormir. Elle nous prévient qu'elle s'endort difficilement maintenant. Nous réussissons cependant à l'endormir en y mettant un temps assez long.

Elle n'est pas suggestible.

A son réveil, L... est frappée d'une attaque semblable à ses attaques antérieures, dont la description nous avait été donnée par M. A...; elle pousse un cri, se raidit, tombe et fait quelques mouvements convulsifs.

Pendant son séjour à Villejuif (7 mois), elle n'a eu que quatre ou cinq attaques du même genre.

Son histoire ultérieure est brève. Elle va de mieux en mieux et, sous l'influence du meilleur des médicaments, c'est-à-dire d'un travail régulier, elle se calme peu à peu. Bientôt elle ne suscite plus d'animosité, ne se plaint plus. Ses idées devenant de plus en plus nettes, elle commence à nous raconter ses pérégrinations d'une façon à peu près satisfaisante. Son intelligence, il est vrai, laisse toujours à désirer, mais il n'y a pas de lacunes ni de faux pas inconscients.

Au dernier examen, après sept mois, la sensibilité était complètement revenue et une tentative assez prolongée d'hypnotisme n'a pu l'endormir.

Son champ visuel, qui était diminué à son entrée, est maintenant sensiblement normal. M. Briand, après plusieurs examens, juge son état suffisamment amélioré pour la rendre à la vie sociale. Elle est donc guérie ; et, cependant, tous ceux qui connaissent les aliénés pourront dire qu'elle est en imminence de danger et qu'au moindre choc elle pourra retomber.

En résumé : M^me^ L..., femme d'une intelligence ordinaire, avec manifestations d'hystérie (attaques très rares) qui ne l'empêchaient nullement de vivre de la vie commune et de remplir ses devoirs de femme, tombe sous l'influence des pratiques d'hypnotisme en état de mal hystérique, est frappée d'une paralysie hys-

©BIUM

térique et d'un état cachectique, finalement devient aliénée, reste internée dix-huit mois et sort avec une menace incessante de rechute pour l'avenir.

Il résulte de ces faits que l'hypnotisme chez les prédisposés peut avoir les conséquences les plus funestes entre les mains de gens incompétents qui ne comprennent pas les dangers de ce genre d'exercice. En effet, en hypnotisant un individu, on le rend d'abord inconscient et incapable de réagir pendant le sommeil, ce qui permet par la suggestion de lui enlever sa volonté propre en provoquant un travail nerveux intense et concentré sur un point ; la vie cérébrale, en dehors de ce point, est momentanément sinon annihilée, au moins considérablement diminuée.

On obtient ainsi une déséquilibration artificielle des facultés mentales et un état cérébral sans consistance, gardant l'empreinte de tout ce que chacun veut bien y mettre, une vraie *flexibilitas cereae*.

Il va de soi que rien ne s'y conserve d'une façon durable.

Il est évident que, dans ces conditions, le délire a un terrain tout préparé. On peut donc par l'hypnotisme rendre un individu aliéné, les faits quoique peu nombreux sont là pour le prouver.

Une question intéressante serait de savoir si on peut guérir ou améliorer un aliéné par l'hypnotisme? Nous n'avons pas assez de compétence pour nous permettre une conclusion formelle à ce sujet. Nous pouvons dire seulement que toutes les expériences faites dans ce but, auxquelles nous avons assisté, ont donné un résultat négatif, et que théoriquement, étant donnée l'existence d'un certain degré de déséquilibration chez un sujet facilement suggestible, il est contradictoire de vouloir rendre à l'état normal un individu dont l'intelligence était déjà déséquilibré antérieurement. Tout au plus pourrait-on obtenir la substitution d'un état par un autre analogue.

La séance est levée à six heures.

CHARPENTIER.

©BIUM

SÉANCE DU 25 MARS 1889

Présidence de M. J. FALRET

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

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Febvré, remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant.

2° Une lettre de M. Chambard, annonçant sa nomination au poste de médecin en chef de l'asile de Pierrefeu (Var), et demandant à échanger son titre de membre titulaire contre celui de membre correspondant. (Accordé.)

M. LE PRÉSIDENT, en raison de la démission de M. Chambard, déclare vacante une place de membre titulaire. Une Commission sera ultérieurement nommée pour la présentation et le classement des candidats.

3° Une lettre de M. L. Arnaud, médecin adjoint des asiles d'aliénés, sollicitant le titre de membre correspondant. Commission : MM. Ball, Semelaigne et Ch. Vallon, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° *De l'épilepsie vasomotrice;* par M. le Dr Silvio Venturi, médecin du manicome de Cattanzaro.

2° *Du rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme;* par le Dr Paul Sollier.

3° *De l'épilepsie procursive;* par le Dr Ladame.

M. MAGNAN présente la thèse de M. Journiac, *sur le délire hypochondriaque*, pour le prix Moreau (de Tours).

Rapport sur un travail de MM. Funaioli et Raimondi sur le sulfonal.

M. MOREAU (DE TOURS). — Le temps est loin où Sydenham prétendait que toute la pharmacie véritablement utile pouvait tenir dans la pomme d'une canne.

©BIUM

Les progrès incessants de la chimie ont mis entre les mains des expérimentateurs de nombreux et précieux médicaments. Pour ne parler que d'une classe qui intéresse au plus haut point les médecins aliénistes, il faut mentionner les médicaments capables de provoquer le calme et le sommeil chez les infortunés en proie au délire. Parmi ces médicaments désignés sous le nom d'hypnotiques, le sulfonal est le dernier venu et les expériences les plus récentes et les plus sérieuses semblent devoir faire reconnaître à ce nouveau produit une réelle valeur. Nouvellement découvert par le professeur Baumann, de Fribourg-en-Brisgau, le sulfonal a été de suite expérimenté et ses qualités mises en lumière. Je ne referai point ici son histoire dont MM. Pachoud et Claret, médecins de l'asile de Bois-de-Céry, en Suisse, M. Garnier (Samuel), médecin de l'asile de la Charité, Nièvre, entre autres, ont, entretenu les lecteurs des *Annales médico-psychologiques*. Nos savants confrères, les docteurs Paolo Funaioli et Carlo Raimondi, tous deux professeurs à l'Université de Sienne, ont, eux aussi, expérimenté ce nouvel hypnotique, et ce sont les conclusions de leur travail que je soumets à votre appréciation :

Se basant sur des observations personnelles et sur celles d'autres expérimentateurs, nos confrères se croient en droit de conclure :

1° Parmi les hypnotiques les plus actifs et les plus usités que l'on administre par grammes, le sulfonal, à doses égales, et même à moindre dose, a une action supérieure au chloral, seul ou additionné de quelques centigrammes de morphine, à la paraldéhide, à l'hydrate d'amylène, à l'uréthane, ou autres médicaments du même ordre.

2° Sa dose semble ne devoir pas excéder deux grammes chez la femme, et quatre grammes chez l'homme.

3° L'action du sulfonal commence une ou deux heures après son administration et est certaine seulement au deuxième ou troisième jour, surtout si le malade est habitué à l'action des autres hypnotiques, ainsi qu'il semblerait résulter de nos propres observations.

4° Le sulfonal produit un sommeil bienfaisant,

©BIUM

réparateur, identique au sommeil naturel, sans altérer les fonctions du cœur et des vaisseaux sanguins. Son emploi semble indiqué dans les cas d'insomnie et quand il existe des troubles de la circulation, soit dans les centres circulatoires, soit dans les centres nerveux, de préférence au chloral qui possède une action paralysante sur le cœur et sur les vaisseaux.

5° Dans l'insomnie de l'aliénation mentale, son action semble surtout efficace dans les formes dépressives aussi bien que dans les états d'exaltation et de surexcitation. Il est à remarquer qu'employé à haute dose il rappelle l'intelligence; il vainc l'insomnie de quelque forme psychopathique que soit le phénomène originel. Cependant il ne faut pas en conclure que le sulfonal soit un somnifère infaillible. Chez les uns, en effet, et c'est la grande majorité, il agit favorablement ; chez d'autres, au contraire, rarement il est vrai, son action est nulle.

Telles sont les faits qui nous semblent ressortir de nos expériences. Mais le nombre restreint des malades ayant fait usage du sulfonal (30 environ) ne donne à nos conclusions qu'une valeur relative et non absolue.

Classification des maladies mentales (suite).

M. Paul Garnier. — Messieurs, mon intention en reprenant aujourd'hui la parole, au sujet de la *classification des maladies mentales,* n'est pas de raviver une discussion près de s'éteindre ; je n'ai d'autre but que d'essayer de dissiper quelques équivoques et vous avez sans doute pensé que certaines objections adressées à votre Commission appelaient une réponse. Je m'efforcerai de la faire aussi courte et précise que possible.

Je commence par déclarer que si j'ai le regret de n'avoir pas rencontré l'adhésion de tous aux conclusions de mon rapport, je n'ai pu cependant en éprouver beaucoup de surprise. Ne sommes-nous pas là, en effet, sur un sujet gros de controverses, qui, de tout temps, a eu le privilège de susciter des divisions et des débats plus ou moins passionnés. Les raisons qui ont voulu qu'il en soit ainsi, à différentes époques, n'ayant pas cessé

©BIUM

d'exister, il serait superflu de prétendre à des conséquences qui ne fussent pas les mêmes.

Sans donc nous attarder à de stériles regrets sur les divergences qui se sont produites, il faut simplement nous poser aujourd'hui cette question : la discussion qui s'est engagée à la suite de la lecture du rapport de la Commission a-t-elle fourni les éléments d'une classification plus simple, plus rationnelle, plus en harmonie avec les données actuelles de la science, plus pratique enfin, au point de vue des exigences d'une statistique internationale, que celle qui vous a été proposée primitivement ?

Il ne semble pas que ce résultat se dégage des communications, fort intéressantes d'ailleurs, que vous avez entendues.

Vous auriez évidemment été beaucoup plus impressionnés, Messieurs, si mes distingués contradicteurs s'étaient rencontrés pour signaler les mêmes lacunes, les mêmes erreurs à votre rapporteur, en même temps qu'ils vous auraient montré les avantages d'une méthode déterminée de classification.

Nous aurions vu dans cet accord la manifestation précieuse d'un véritable état d'opinion dont il eût été de première importance de noter l'expression. Au contraire, MM. A. Voisin, Marandon de Montyel, Dagonet et Luys, sont venus vous exposer successivement des idées fort dissemblables quant aux théories et aux principes qui doivent nous guider dans un classement nosologique. Vous avez entendu vanter, tour à tour, la classification symptomatique, étiologique, anatomique.

Je m'empresse de constater que le désaccord entre M. Aug. Voisin et la Commission est fort peu accentué. Il voit plus rapprochée la réalisation possible d'une classification à base anatomopathologique, faisant valoir qu'il n'est pas rare de trouver, à l'autopsie d'aliénés atteints de telle ou telle psychose, des lésions cérébrales plus ou moins étendues. Cela est vrai ; mais la grande majorité des observateurs s'accorde à dire qu'il n'y a rien là de fixe et de constant, et que la loi de correspondance anatomoclinique nous échappe et nous échappera sans doute longtemps encore. M. A. Voisin s'est étonné de voir figurer dans une classification la

©BIUM

manie et la mélancolie qui, pour lui, ne représentent pas des unités cliniques, mais seulement des symptômes d'affections mentales très diverses. Je lui rappellerai que j'ai eu soin de distinguer la manie et la mélancolie, *formes élémentaires*, manifestations *prôtopathiques*, des états d'excitation et de dépression, manifestations *deutéropathiques*, ou symptomatiques. Doit-on aller plus loin et nier, comme il y paraît disposé, l'existence de ces formes élémentaires? c'est là une question doctrinale où il rencontrerait, je crois, beaucoup plus d'adversaires que de partisans.

Avec M. Marandon de Montyel, l'attaque se fait tout de suite plus vive et plus générale. Notre collègue s'est montré particulièrement hostile à toute classification d'attente. Admirateur enthousiaste de la méthode étiologique de Morel, il n'admet pas nos réserves et ne consent point à se servir d'un autre procédé de classement.

« Point n'est besoin, nous dit-il, de patience et de résignation, car si la classification symptomatologique est un enfantillage, la classification fonctionnelle, une rêverie, la classification anatomopathologique une impossibilité et la classification mixte un non-sens, la classification étiologique, la plus utile au point de vue clinique, est possible, en principe d'abord, et en pratique ensuite. »

On n'est pas plus catégorique, et, après une aussi ferme déclaration, nous aurons le droit d'être exigeants et de nous plaindre vivement, à notre tour, si M. Marandon de Montyel s'écarte de cette méthode rigoureuse, de ce principe inflexible dont il nous annonce ainsi la mise en usage si facile.

On reconnaît généralement que la classification de Morel, en certaines de ses parties, est boiteuse et d'une exactitude contestable. Notre collègue ne lui épargne point non plus ses critiques, et, bien qu'il reste attaché à la méthode, il s'en faut qu'il demeure fidèle à l'œuvre qui en émane. Il n'accepte point la classification étiologique telle qu'elle est sortie du cerveau du célèbre médecin de Saint-Yon, et celle qu'il va nous présenter n'y ressemble que d'assez loin.

Mais ici, Messieurs, je dois placer l'expression d'un étonnement que, sans doute, vous aurez partagé.

©BIUM

Ce qui distingue, avant tout, l'œuvre de Morel, ce qui en souligne l'idée maîtresse et la profonde originalité, ce qui, en tous les cas, a été le point de départ et la raison déterminante de sa classification étiologique, c'est la création d'une entité clinique, *la folie héréditaire*. Par là, il voulait indiquer que de l'aspect et l'allure de certaines dispositions maladives, de certains troubles délirants, il était permis de remonter à l'origine, à un principe dégénératif, la transmission héréditaire agissant là, non plus comme une cause générale et banale, mais imprimant des caractères propres à son produit. C'est parce qu'il a su montrer pourquoi et comment certains individus se *spécialisaient*, si je puis ainsi dire, dans la folie, dans la nature et l'évolution des déviations psychiques, que Morel a si fortement marqué de son empreinte la plupart des travaux publiés depuis trente ans.

Or, que nous dit, à ce propos, M. Marandon de Montyel? — « Morel fut amené à revêtir la transmission de famille du pouvoir d'imprimer des caractères spéciaux aux maladies mentales et il formula ce principe, à mon sens absolument erroné, dont les effets désastreux se poursuivent encore : la folie transmise par hérédité affecte une forme spéciale chez les descendants et une variété nouvelle est ainsi créée. Rien n'est plus faux. » Ainsi voilà qui est entendu, la tentative en question a eu des effets désastreux, et veuillez remarquer, Messieurs, que c'est le défenseur ardent de l'auteur du *Traité des dégénérescences* qui parle. Qu'aurait-il pu en dire, s'il s'en était déclaré l'adversaire? M. Marandon de Montyel est-il bien sûr de ne pas aller contre le but qu'il poursuit? Que dirait-il d'un architecte qui, soucieux de conserver et de consolider un édifice remarquable, commencerait par en enlever la clé de voûte?

Je sais bien qu'il serait exagéré de prétendre qu'il n'existe pas d'autres causes, en dehors de la tare héréditaire, susceptibles de produire un état dégénératif. Je ne nie pas l'influence d'autres facteurs, maladies intra-utérines ou infantiles ; mais, je l'ai déjà dit et je repète, de ce qu'il existe certaines autres conditions biopathologiques capables de nous donner une copie

©BIUM

plus ou moins fidèle de ce que réalise la dégénérescence héréditaire, s'ensuit-il qu'il faille diminuer l'importance de ce principe dégénératif auquel revient assurément le premier rôle ?

Il n'est que logique d'ailleurs que des influences nocives, surprenant l'être en pleine formation, tendent à imiter, par cette sorte d'analogie d'atteinte, les altérations typiques engendrées par la cause qui agit encore de plus haut et de plus loin, à savoir le vice héréditaire. C'est bien, en somme, cette transmission qui nous offre les exemples les plus achevés des dégradations physiques, intellectuelles et morales qu'un principe dégénératif soit susceptible d'engendrer ; c'est elle qui est surtout responsable de ces anomalies étranges de la sensibilité morale et affective, de ces *tics moraux*, en présence desquels notre enquête se dirige immédiatement vers le passé ancestral, et non d'ordinaire sans résultat, pour peu qu'on veuille la faire minutieuse et patiente.

Quoi qu'il en soit, il me semble que le terme adopté par M. Magnan, les *dégénérés héréditaires,* devrait, par le seul fait qu'il synthétise sous une seule et même formule les origines, à la rigueur complexes, de la dégénérescence, devrait, dis-je, donner satisfaction à M. Marandon de Montyel. Pour lui, la *nature* des causes n'est rien, leur *intensité* seule est tout. N'est-il pas plus rationnel, au contraire, de s'informer d'abord de la nature de cette cause, sauf à en déterminer ensuite la force d'action ? Que penserait-on d'un médecin qui, appelé à constater la mort d'un individu sidéré par une substance toxique, se bornerait à annoncer que la dose a dû être vraiment forte, pour entraîner un tel résultat, déclaration qui ne suffirait pas à établir sa compétence. Il ne faudrait pas lui demander d'indiquer la nature du poison ; disciple de M. Marandon de Montyel, il nous répondrait : « Peu importe ; l'espèce toxique n'est rien, c'est la dose qui est tout ! »

La division en *folies simples* proprement dites et en folies *simples dégénératives*, division qu'adopte notre collègue, nous représenterait donc, dans l'ordre étiologique, une nomenclature *quantitative* plutôt que *qualitative*. Cette modification ne me paraît pas réaliser un

©BIUM

progrès et je n'aperçois pas là les éléments d'une donnée plus positive, plus stable, plus précise.

Plus loin, M. Marandol de Montyel reconnaît que Morel n'est point parvenu à adapter la paralysie générale à sa classification étiologique et qu'il a dû créer, pour lui donner place, un groupe artificiel qui, selon la propre expression de notre collègue, est la négation même de la méthode étiologique. Je ne cacherai pas ma satisfaction de rencontrer ce jugement dans sa bouche ; en somme, c'est l'aveu fort net que, pour Morel lui-même, cette méthode ne pouvait se prêter à tout ce qu'on exigeait d'elle et qu'il a fallu, de toute nécessité, appeler à son aide des éléments étrangers. M. Marandon de Montyel a montré tant de rigueur aux auteurs de la classification mixte que l'on trouve quelque quiétude à se savoir en si bonne compagnie et à se dire que ceux-là même y aboutissent qui s'en défendent le plus.

Il était intéressant d'apprendre comment serait franchi cet écueil qui a fait échouer le célèbre médecin de Saint-Yon.

Artificiel était le groupe créé par Morel, artificiels paraîtront, sans doute, les procédés mis en œuvre par M. Marandon de Montyel pour introduire la paralysie générale dans la classification étiologique.

Ayant établi deux grandes divisions : 1° les folies simples, 2° les folies composées, il n'hésite pas à nous annoncer que l'encéphalite interstitielle diffuse est à ranger parmi les folies composées, où elle retrouve la folie épileptique, hystérique, alcoolique, utérine, rhumatismale, goutteuse, etc., etc.

Il ne faudrait pas croire, comme on y serait porté tout d'abord, que c'est la maladie qui est *composée;* non, la simplicité comme la complexité visent uniquement les causes. Une folie simple, nous dit-il, est celle qui n'a besoin que d'un seul élément causal : la prédisposition ; une folie composée en exige deux : à la prédisposition doit venir s'ajouter un second élément, variable, celui-là, suivant la maladie. Pour la paralysie générale, ce second élément est la *congestion*. Et voilà l'encéphalite interstitielle diffuse, introduite, bon gré, mal gré, dans la classification étiologique. Il est difficile que nous ne soyons pas satisfaits, car, au lieu d'une cause qu'il

©BIUM

nous fallait, M. Marandon de Montyel nous en trouve deux. Mais, c'est un gros problème que celui des causes associées ! Où est la dominante, où est celle qui s'impose à la terminologie ? car, notre collègue semble avoir perdu de vue ce desideratum important. Une nomenclature qui ne met pas clairement en lumière, par la terminologie, la relation directe entre la maladie et son agent causal, ne saurait s'intituler une classification étiologique. Telles sont les exigences de cette méthode et j'ai le droit de dire que notre collègue n'y a pas satisfait.

A propos de la congestion qu'il met en avant comme cause de la paralysie générale, on ne peut manquer de lui objecter que, pour bien d'autres, ce n'est déjà plus là une cause, mais un effet.

Le *stade congestif*, première étape du processus morbide, constitue une modification anatomique, dont sont responsables des facteurs étiologiques variables, ceux-là complètement passés sous silence.

Mais ce qui trouble peut-être le plus dans la classification proposée par M. Marandon de Montyel, classification étiologique, ne l'oublions pas, c'est d'y voir figurer un certain groupe dénommé : « folies multiples. » Je l'aurais, à la rigueur, compris, s'il s'était agi de nous présenter une nomenclature basée sur la symptomatologie. Et cependant, là encore, il eût fallu en contester l'utilité. Que deux formes mentales distinctes se juxtaposent chez un même individu, qu'un délire toxique même s'y surajoute, il n'y a pas là de motifs à la création de nouvelles espèces. Il y en a d'autant moins que chaque affection garde, dans cette rencontre et cette évolution simultanée, ses caractères propres et son autonomie. Je veux bien que cela puisse produire un aspect symptomatologique d'ensemble utile à connaître ; mais il convient, le triage symptomatique opéré, d'attribuer chaque unité composante à son cadre spécial et non de charger une nomenclature de donner une place à ces hasards de la clinique.

Quoi qu'il en soit, il faut noter ceci. Tout à l'heure, nous surprenions un élément anatomique, la congestion, s'introduisant sournoisement dans la classification étiologique de M. Marandon de Montyel ; maintenant, ce

©BIUM

sont des éléments symptomatiques multiples qui s'y insinuent. N'est-ce pas, Messieurs, un peu la revanche de la classification mixte si fort maltraitée par notre collègue. Malgré ses louables efforts, celle-ci reste une regrettable, mais *actuelle* nécessité.

C'est sur un autre terrain que, dans sa critique, M. Luys a pris position. Notre éminent collègue veut bien, dès l'abord, nous rappeler ses études, ses longues méditations sur la question et les conclusions auxquelles ses propres recherches l'ont conduit, conclusions un peu différentes de celles que j'ai eu l'honneur de vous exposer. Assurément, Messieurs, nous avons tous, très présents à l'esprit les travaux de M. Luys, et particulièrement ses tentatives ingénieuses et hardies à l'effet de nous doter d'une classification des maladies mentales à base anatomique. En ce qui me concerne, je ne ferai même aucune difficulté pour avouer que, attiré par cette séduction qui se dégage toujours d'un vaste programme où tout se déduit, s'enchaîne, se hiérarchise, se coordonne comme par enchantement et où l'œil satisfait embrasse aisément tout le plan d'ensemble, je me suis senti gagné à première vue, à ses idées, à sa méthode présentée avec cette certitude qui vous impressionne toujours. Mais ce premier élan passé, on ne peut se défendre de certaines réserves. Sans vouloir diminuer, en aucune façon, l'importance et le mérite des recherches de M. Luys, je dis qu'on peut hésiter à le suivre aussi loin qu'il veut nous mener, alors même qu'on est affranchi de cet esprit de routine dont il paraît disposé à nous gratifier.

Je crois m'être assez attaché à déclarer vers quel horizon il convenait de tourner ses regards, vers quel avenir il fallait prétendre, vers quelle direction il importait d'orienter ses efforts, pour que M. Luys consente à me considérer comme un partisan tout acquis à une classification anatomique, pour le jour, impatiemment souhaité, où cette méthode de classement pourra valablement être mise en pratique. Mais, d'accord avec la très grande majorité des observateurs, j'ai dû me résigner à dire que la réalisation de ces espérances comportait encore un ajournement plus ou moins long.

Je comprends fort bien M. Luys se faisant ici le dé-

©BIUM

fenseur des idées émises dans ses ouvrages. Vous auriez, Messieurs, beaucoup moins bien compris votre rapporteur venant vous soumettre, pour l'exécution du programme visé, des théories que leur auteur même reconnaît sinon contestables, du moins contestées par la plupart des neuropathologistes. Si respectueux que je sois de l'œuvre considérable de notre éminent collègue, je ne crains pas de dire que ce n'était pas là le meilleur procédé pour la réussite de la tentative recommandée à vos efforts par le Congrès d'Anvers, qui nous convoque sur un terrain d'entente commune, où tout doit tendre au but que l'on s'est proposé.

Ce sont précisément ces tendances vers un programme de concentration que M. Luys répudie hautement. Car, d'après lui, ce n'est plus là de la science, mais de la diplomatie. Messieurs, si, par hasard, il était nécessaire de déployer quelque diplomatie pour obtenir un résultat que l'on déclare devoir être utile aux progrès de nos connaissances; s'il fallait, par occurrence, apporter dans une telle tâche, cet esprit d'opportunisme que m'attribue complaisamment notre collègue, j'avoue que je m'y résignerais, croyant encore servir, si humblement que ce soit, la cause de la science, persuadé même que je la servirais mieux qu'en me faisant le champion de théories originales à coup sûr, mais intempestives, en l'espèce, vu le peu d'écho qu'elles ont jusqu'alors rencontré.

Je crois qu'il y a quelque soin à savoir être modeste, quand les données acquises, pour encourageantes qu'elles soient, ne sont encore qu'incertaines ou incomplètes. Je persiste à penser que la réserve qui fait écarter, au moins momentanément, les théories trop contestées, pour n'admettre que des faits plus positifs est, quoi qu'en dise M. Luys, toujours de mise dans un milieu scientifique. Si l'originalité y perd quelquefois, la solidité des acquisitions y gagne souvent.

Peu disposé à admettre les restrictions, quand il s'agit des avantages de sa classification anatomique, M. Luys témoigne quelque inquiétude et se demande « si j'ai bien mis dans mon jugement toute la maturité désirable ». Qu'il veuille bien se rassurer et se souvenir qu'un rapporteur suppose une Commission. C'est parce

©BIUM

que j'ai l'honneur d'être son interprète que je le prie de vouloir bien me faire quelque crédit.

Après nous avoir signalé dans le cerveau des hystériques et des *hallucinés* (?) deslésions qui restent encore cachées pour d'autres yeux que les siens, M. Luys poursuit la série de ses griefs, en se plaignant que la classification proposée élimine des entités fixes : « Vous supprimez, nous dit-il, les illusions, les hallucinations sensorielles et viscérales..., ces processus dont, d'après mes recherches personnelles, l'importance doit être considérablement élargie, puisque je démontre que les illusions et les hallucinations forment plus du quart des anciennes vésanies, que les hallucinés constituent des types originaux qui ont leur pathogénie propre, leur symptomatologie et leur anatomie pathologique. »

J'avoue que je ne comprends pas très bien ce reproche. Bien évidemment, nous n'avons la prétention d'introduire que le nom des formes mentales dans une nomenclature et nullement la désignation de leurs symptômes, quand bien même ceux-ci seraient saillants entre tous, voire pathognomoniques. Dans un traité de pathologie ordinaire, M. Luys ne voudrait sans doute pas intituler le chapitre relatif à la pneumonie, par exemple : *râles crépitants*. Et cependant le procès qu'il nous fait, à propos des phénomènes hallucinatoires, indiquerait cette tendance. Tout le monde sait qu'en faisant mention d'une psychose systématique comme le délire des persécutions ou délire chronique, on fait mention par là même de son symptôme le plus saillant, le plus caractéristique, l'hallucination de l'ouïe.

Encore une fois, je ne peux pas discerner ici la portée de l'argument, surtout quand nous constatons, par la suite, que M. Luys se refuse à reconnaître l'introduction du « délire chronique » dans la classification, sous le prétexte, assurément mal fondé d'ailleurs, qu'il n'y a là « qu'un symptôme essentiellement variable et fugace ». Qu'on refuse la qualité d'entité morbide à une psychose aussi nette, aussi précise dans ses caractères, sa marche, son évolution, que le délire chronique des persécutions avec idées de grandeur, pour l'attribuer ensuite à l'hallucination, c'est là une conception que je ne parviens pas à m'assimiler !

©BIUM

Messieurs, ce que nous avons le plus admiré, jusque-là, dans l'argumentation de M. Luys, c'est son absolue confiance dans sa méthode de classification anatomique. Et cependant, à ce propos même, une surprise finale nous attendait.

Fort de ses découvertes, inébranlablement attaché aux principes qui le guident, incapable — il nous l'a dit — de se prêter à des compromis de passage et de se rallier à des propositions empreintes d'opportunisme, nous devions compter le voir opposer énergiquement, en dernière analyse, sa classification à la nôtre et, satisfait à la pensée du devoir accompli sans aucune de ces transactions qu'il condamne, s'en remettre à la sagesse et aux lumières de ses collègues.

Mais quand, au lieu de cela, nous constatons qu'il se joint simplement à M. Dugonet pour proposer de reprendre la classification Baillarger-Marcé, dérivée de celle d'Esquirol, nous nous étonnons de ses attaques si vigoureuses contre toute classification autre que celle fondée sur l'anatomie. S'il a hésité à proposer résolument sa méthode à vos suffrages, c'est donc qu'il sent, avec cet opportunisme qui, décidément, est commun à bien du monde, que les esprits ne sont pas mûrs pour cette acceptation et que ses théories n'ont ni rallié ni convaincu la plupart d'entre vous.

Seulement, il me sera bien permis de m'étonner que, après m'avoir si vivement reproché de n'être pas allé franchement de l'avant et jusqu'à sa classification, notre éminent collègue nous sollicite maintenant en sens contraire.

Nul plus que moi, Messieurs, ne rend hommage aux magnifiques travaux de M. Baillarger, qui marquent comme une traînée lumineuse à travers notre science spéciale, et je m'incline respectueusement devant sa grande tâche. Mais s'il est de ceux qui nous ont le mieux montré la route du progrès, par la direction anatomo-clinique de ses recherches, il est aussi de ceux, certainement, qui applaudissent le plus à nos conquêtes nouvelles, où il y a encore quelque chose de lui.

Cette justice rendue à ce savant maître, je veux vous demander, Messieurs, s'il est possible, aujourd'hui, après la profonde modification qui s'est opérée dans les

©BIUM

idées, grâce aux travaux de Morel et de ses successeurs, sur les déviations psychiques, liées à la transmission héréditaire dégénérative, grâce à la découverte, par Lasègue, du délire des persécutions, entité morbide poursuivie plus tard jusque dans ses phases ultimes et décelée, ainsi, comme une psychose chronique à nombreuses périodes systématiquement superposées, grâce enfin à toutes ces données cliniques précieuses fournies par l'étude plus attentive, plus rigoureuse et plus prolongée de l'évolution morbide des espèces, s'il est possible, dis-je, de se tenir en dehors de ce grand courant et d'agir comme si le classificateur n'avait pas à s'en préoccuper. Qui pourrait prétendre que notre carte nosographique ne s'en trouve pas profondément remaniée? Nos appellations, nos habitudes de langage ne sont déjà plus les mêmes.

Ce n'est pas, je suppose, notre éminent président, M. J. Falret, qui se lèvera pour essayer de remettre en honneur les *monomanies* et de leur donner place dans la classification.

Les acquisitions auxquelles je viens de faire allusion témoignent de l'activité constante et féconde de cette école clinique d'observation à laquelle la science psychiatrique française doit ses plus sûrs progrès. Elles portent bien votre marque et peuvent figurer avec avantage sur le terrain d'un concours international.

Non seulement leur influence se fait sentir sur l'universalité des travaux spéciaux publiés dans notre pays, mais on en trouve encore comme le reflet dans les ouvrages parus à l'étranger.

Dire après cela qu'une nomenclature émanée de vous doit en inscrire la mention, ce n'est qu'énoncer une vérité qui s'impose.

Nous n'aurons pas pour cela, Messieurs, adressé à la Société de médecine mentale de Belgique, une classification complète, homogène et irréprochable: indéfiniment perfectible, comme la science même qu'elle représente, il est bien entendu qu'elle reste ouverte aux progrès successifs qu'il est légitime d'espérer, en l'attente de l'homme de génie qui en fera une œuvre à peu près parfaite.

M. Ritti. — Je fais hommage, au nom de M. Bail-

©BIUM

larger, d'une brochure intitulée : *Doit-on, dans la classification des maladies mentales, assigner une place à part aux pseudo-paralysies générales?* Dans ce travail, notre vénéré maître appelle tout spécialement l'attention sur ces faits, nombreux dans la pratique qui, en cas de non-guérison, se terminent souvent par la démence paralytique ; il propose de leur donner le nom de *folies graves* et de leur assigner une place à part dans la classification des maladies mentales.

Le travail de M. Baillarger est suivi de sa classification des maladies mentales. Je crois que, dans la discussion présente, il serait utile et juste d'en tenir compte, et je propose à la Société de la renvoyer à la Commission, comme il a été fait de celle de M. Régis.

Le vote sur cette proposition est réservé pour la fin de la discussion.

M. Ball demande à prendre la parole dans la prochaine séance sur la question des classifications.

Des dangers du sulfonal.

M. Marandon de Montyel. — Nous avons reçu, Messieurs, ces temps derniers, deux communications enthousiastes relatives au sulfonal. Sur la foi des belles promesses de nos correspondants, j'ai prescrit ce remède aux doses qu'ils nous indiquaient et, tout de suite, je me suis trouvé en présence d'accidents très graves dont je crois utile de vous entretenir. En effet, si j'ignore encore l'influence exacte du sulfonal sur le cœur, la respiration, les reins et la température, je puis affirmer que de 2 à 5 grammes, comme le conseille M. Samuel Garnier, et à trois grammes renouvelés s'il le faut dans les vingt-quatre heures, comme l'indiquent MM. Pachoud et Claret, tandis qu'il laisse intacts la sensibilité tactile et douloureuse ainsi que les réflexes, il détermine, à brève échéance : du côté de la cénesthésie, une sensation très pénible de froid intense avec violents frissons ; du côté du tube digestif, des nausées, des vomissements et de la diarrhée ; du côté de la motilité, sans que la pression de la colonne vertébrale éveille de la douleur, des parésies, presque des paralysies ; du côté du cerveau, enfin, des vertiges avec perte de l'équilibre, de l'ébriété

©BIUM

et de la stupeur, ou mieux, si vous tolérez ce mot qui exprime très exactement l'effet produit, de l'abrutissement. Jugez-en par les faits, Messieurs :

Obs. I. — Adolphe L.... est un vieillard de soixante-dix ans, atteint de démence sénile athéromateuse avec très vive surexcitation. Il est grand, robuste et d'une bonne santé. Les nuits sont mauvaises. Avec 4 grammes de sulfonal mélangé à de la confiture, — procédé commode que je recommande — la situation reste identique. Je porte la dose à 4 grammes, L.... dort moins encore. Je prescris 5 grammes sans plus de succès, mais je me trouve en présence des accidents suivants : Le malade est absolument incapable de se tenir droit, il chancelle et titube comme un homme ivre, s'accroche à tout pour ne pas choir. Il a l'air niais et rit bêtement. Aux questions, il répond que tout tourne autour de lui. Il tomberait à coup sûr si on ne le soutenait. Il accuse une faiblesse marquée dans les jambes et une grande inhabileté à se servir de ses mains. La parole est très gênée. Je supprime le sulfonal, le lendemain, L.... ne va guère mieux. Il a conscience de sa situation; depuis hier, dit-il, il ne comprend pas ce qui se passe en lui, il n'a pas bu et il se sent gris. En réalité, il est aussi peu solide que la veille. Le soir, au coucher, aucune amélioration bien sensible; au lever, il est revenu à son état normal.

Cette observation présente cet intérêt particulier, que l'effet narcotique a été nul alors que les vertiges, l'ivresse et les troubles moteurs ont acquis une très grande intensité ; on peut donc obtenir du sulfonal tous ses inconvénients sans ses avantages.

Je n'ai plus osé prescrire 5 grammes de ce remède, d'autant plus que je n'ai pas tardé à acquérir la certitude que l'âge du malade n'était pour rien dans les accidents constatés, qui éclatent avec des doses plus faibles encore.

Obs. II. — Le jeune B... a vingt ans; il est atteint de lypémanie aiguë avec nombreuses hallucinations et très forte réaction anxieuse. L'insomnie chez lui est à peu près complète. 2 grammes de sulfonal ne lui procurent pas un seul instant de repos; la nuit d'après, avec 4 grammes, il dort six heures consécutives. A quel prix? Au réveil, il est dans un état pitoyable. L'air hébété, il ne sait où il est; il faut l'habiller comme un enfant; dès qu'il essaie de marcher, il titube et tombe; son gardien lui donne un verre de lait, il ne l'a pas bu qu'il le vomit Il descend avec peine l'escalier, quoique soutenu.

©BIUM

A huit heures on le fait manger. A moitié de l'assiette de soupe les vomissements recommencent jusqu'à complète évacuation du contenu de l'estomac. A dix heures, lors de notre visite, la situation s'est un peu améliorée. Le jeune homme conserve néanmoins la physionomie hébétée; il paraît vouloir parler sans le pouvoir, car il porte la main à sa bouche pour montrer sa langue comme si elle refusait tout service; il est obligé de s'y prendre à plusieurs reprises pour se lever de sa chaise, mais il peut marcher en se servant de ses bras étendus en guise de balancier. Et il reste dans ce triste état toute la journée. Le lendemain matin un mieux sensible s'est produit; dans l'après-midi, retour de l'état antérieur.

Essayera-t-on d'incriminer la jeunesse du sujet, ses vingt ans? Voici un homme adulte, dans la force de l'âge, doué d'une robuste santé qui répondra à l'objection.

Obs. III. — Jacques C... a trente-sept ans et est alcoolique. Il est en outre pharmacien et il a une grande expérience des hypnotiques dont il a largement usé. Il ne dort pas. 2 grammes de sulfonal échouèrent. Avec 4 grammes il dormit toute la nuit, le sommeil est même venu un quart d'heure après le dîner, et le matin il fallut à maintes reprises le secouer pour le réveiller, mais il s'était retrouvé complètement ivre, faible sur ses membres inférieurs au point d'être tombé deux fois en s'habillant et il avait de la diarrhée. Toute la journée, C... dut réagir, se secouer, marcher pour ne pas s'endormir. Après le dîner, dès qu'il eut absorbé sa confiture, il tomba dans un profond sommeil : il fallut le porter au lit. Le lendemain on eut toutes les peines à le réveiller et à le mettre sur pieds. Il était égaré, ahuri, ne savait où il était, titubait et avait à chaque instant des nausées comme tous les autres; conscient de sa pénible situation, il nous tint les propos suivants : « Je suis dans un état épouvantable. Le sulfonal est le pire des hypnotiques. L'abrutissement de l'opium lui-même n'est rien à côté de celui-ci. Je n'ai plus de bras, plus de jambes plus de force. Ma tête est lourde et se perd; je suis obligé à chaque instant de faire des efforts pour me ressaisir, car mes idées s'en vont et pour ne pas tomber, car mon corps n'est pas en équilibre. J'ai une bouche abominable et l'estomac barbouillé. Je suis fixé maintenant sur le sulfonal : ce n'est pas un médicament, c'est un poison. » La main droite de ce malade, qui avait donné 76 au dynamomètre, n'en fournissait plus que 64, soit une différence de 12. C... fut somnolent presque toute la journée et mangea à peine; il avait le dégoût des aliments. Le lendemain matin, quoique encore très fatigué, il avait retrouvé

©BIUM

toute sa gaieté. Je me croirais, remarquait-il, au lendemain d'une de mes plus fortes cuites ; j'ai un atroce mal aux cheveux. Dans l'après-midi tout avait disparu.

Aux symptômes pénibles, graves, qu'on trouve dans ces observations, s'en ajoute parfois un autre, peut-être plus pénible encore, dû à un trouble de la cénesthésie, comme chez le malade suivant.

Obs. IV. — P... est âgé de trente ans, il présente de la débilité mentale avec hallucinations, obsessions, impulsions érotiques et insomnie. 2 grammes de sulfonal ne donnent pas de résultat, mais la nuit suivante avec 4 grammes il dort d'un profond sommeil du soir au matin. A son lever, il est pris de vertige et est obligé de se tenir à son lit pour ne pas tomber. Ces vertiges disparaissent assez rapidement, pour laisser le malade étourdi, la tête lourde, comme au lendemain d'une forte noce, constate-t-il lui-même. De plus, il a perdu l'équilibre, il chancelle en marchant et est en outre incapable de rester longtemps debout, ses jambes se dérobent sous lui. Bientôt survient un nouveau symptôme encore plus désagréable, une sensation très intense de froid avec frissons, si vifs, que P... réclame un double vêtement. Toute la journée il en est ainsi. A dîner il prend pour la seconde fois 4 grammes de sulfonal. Une heure après il a des nausées, toutefois il ne vomit pas et s'endort. Il est porté au lit; fortement secoué, à 6 heures du matin il finit par se réveiller, mais les symptômes de la veille se sont singulièrement accrus. La parésie des jambes touche à la paralysie, le malade s'assied où il peut, il est incapable de se tenir debout, même quelques minutes. La sensation de froid est devenue intolérable. P... s'écrie qu'il grelotte, qu'il se sent plongé dans un bain glacé; et de fait il frissonne. Aucune amélioration dans la journée. Le lendemain dans l'après-midi, retour à la santé.

Ces quatre observations vous permettent, Messieurs, d'apprécier la nature et la gravité des symptômes que détermine d'ordinaire le sulfonal à la dose de 4 grammes et aussi la rapidité de leur éclosion ; il est toutefois un autre état moins fréquent, amené par ce médicament. En voici un exemple :

Obs. V. — Théophile Cr..., cinquante et un ans, atteint de folie circulaire, est à la fin d'une période dépressive. A sa demande spontanée d'un narcotique, je lui prescris 2 grammes de sulfonal. Ils restent sans effet; je lui en donne 4. Il dort toute la nuit, a beaucoup de peine à se réveiller, se sent

©BIUM

engourdi, mal à son aise. C'est à croire, remarque-t-il lui aussi, que j'ai été en ribote. Il a une sensation vague de froid et de légers frissons très espacés. La tête est libre, sauf un peu de lourdeur ; ce qui prédomine, c'est un sentiment général d'anéantissement, sans vertige ni perte d'équilibre. Après le déjeuner de 7 heures, il s'assoupit jusqu'à midi : il faut le réveiller pour le dîner. Il reprend 4 grammes de sulfonal le soir et s'endort immédiatement après. Le lendemain, la situation est intolérable; comme la veille, la tête est à peu près libre, mais les membres sont glacés, si faibles, qu'ils refusent tout service. Le sentiment général de brisement, d'anéantissement est devenu excessif, le malade ne se sent pas le courage du plus petit effort. Il ne titube pas en marchant, seulement il n'a pas la force de lever les jambes, il traîne les pieds sur le sol. Encore une dose, gémit-il, et je deviendrais complètement impotent. Un autre malade qui a souffert des mêmes symptômes, en donnait sous l'influence de ses conceptions délirantes de persécution une explication qui les dépeint bien ; il accusait ses ennemis de l'avoir ainsi mis à mal en lui retirant tout le sang. Le malheureux C... fut de tous mes sujets le plus long à se remettre. Aujourd'hui encore il ne parle du sulfonal qu'avec épouvante.

Vous comprendrez, Messieurs, qu'en présence de cette symptomatologie, malgré mon très vif désir de constater les effets de 4 grammes de sulfonal dans la paralysie générale, j'hésitai. Cependant, ayant dans mon service un paralytique à la première période, colosse de taille et hercule de force, très agité, je crus pouvoir lui prescrire ce remède dangereux en en surveillant de très près l'action. Eh bien ! phénomène bizarre, dû sans doute à sa constitution athlétique, il a plus longtemps résisté que les vésaniques dont je vous ai entretenus jusqu'ici. Comme chez ces précédents, 2 grammes ont complètement échoué, 4 même, durant deux nuits, n'ont pas donné non plus de résultats, puis le sommeil a été de huit heures. Dans la journée, le malade dès lors ne fut plus excité, c'est vrai, mais il était dans l'abrutissement psychique le plus complet; de maniaque il était devenu stupide ; il ne fut plus agité, c'est encore vrai, mais il ne se soutenait pas, il était obligé de se tenir le long des murs pour ne pas choir : de turbulent il était devenu paralysé ou peu s'en faut. Il lui fallut trois jours pour se remettre.

©BIUM

Aux doses de 2 et 4 grammes, j'ai encore administré le sulfonal à quatre aliénés. Les premières sont toujours restées inactives. Les secondes ont, en une seule fois, foudroyé, le mot est exact, un dément sénile qui dut s'aliter de suite et en perdit pour longtemps l'appétit qu'il avait toujours eu très vorace. Elles ont jeté en quatre jours dans un sommeil de soixante-quatorze heures un imbécile maniaque de quarante et un ans, sommeil si tenace que l'aliéné y retombait en mangeant si un infirmier ne restait à ses côtés pour le secouer et lui mettre les aliments dans la bouche.

A un moment, fixé sur l'inefficacité de la dose de 2 grammes et pas encore sur les dangers de celle de 4 grammes, je prescrivis cette dernière d'emblée. Un délirant systématique à la quatrième période, tourmenté la nuit par des hallucinations génitales, n'en retira d'abord ni bienfait ni méfait. La nuit, même insomnie, au lever, rien d'anormal ; mais dans l'après-midi le malade fut saisi tout à coup d'une faiblesse générale avec froid glacial, frissons et claquements de dents, immense besoin de dormir. Il semblait si faible que l'infirmier, effrayé, manda d'urgence l'interne de garde.

N'est-ce pas assez, Messieurs, pour établir que le sulfonal, impuissant à la dose de 2 grammes chez les aliénés atteints d'une insomnie un peu tenace, est un puissant hypnotique, trop puissant même, à la dose de 4 grammes et qu'il détermine simultanément à brève échéance — deux ou trois jours, parfois même un jour — des accidents toxiques très graves du côté de la sensibilité générale, des organes digestifs, de la motilité et du cerveau? Je dois à la vérité d'ajouter que, sur quatorze sujets, un seul, dans la force de l'âge, atteint de manie chronique rémittente a, durant cinq jours d'un paroxysme, après l'échec habituel des 2 grammes, absorbé sans inconvénient 4 grammes dont il a même retiré de réels bénéfices : le sommeil a remplacé l'insomnie et la crise a été enrayée. Sans faire remarquer qu'une durée de cinq jours est bien courte, en acceptant même que le succès se fût longtemps prolongé, que signifie une réussite contre treize insuccès caractérisés par les très sérieux accidents dont je vous ai entretenus ?

Inefficacité à 2 grammes, toxicité à 4 grammes, voilà

©BIUM

donc la vérité, je me trouvais naturellement conduit à expérimenter la dose de 3 grammes.

J'ai voulu tout d'abord m'adresser, afin d'avoir un tableau comparatif, à mes premiers sujets. J'ai vu de suite que je n'obtiendrais jamais l'assentiment des malades conscients de ce qu'ils avaient ressenti. Je dus me contenter des inconscients. L'imbécile maniaque qui avait présenté cet extraordinaire sommeil de soixante-quatorze heures n'eut pas pris trois soirs de suite 3 grammes de sulfonal qui produisirent un effet hypnotique seulement à partir de la deuxième nuit que, le quatrième jour au matin, sans aucun symptôme avant-coureur, tandis qu'une diarrhée très abondante s'établissait, agité de violents frissons, il tombait à chaque tentative de marche, et, immobile, se maintenait très mal en équilibre : action toxique plus rapide et toute différente de la précédente. Une semaine s'était pourtant écoulée entre les deux expérimentations. Le jeune R...., cet adolescent de vingt ans, atteint de lypémanie anxieuse, a aussi repris du sulfonal à la dose de 3 grammes. Il en a dès le premier soir obtenu un sommeil de six à huit heures consécutives et, durant six jours, aucune manifestation alarmante ne s'est montrée. Il est vrai que chaque matin il prenait une douche; or, beaucoup de mes sujets m'ont raconté qu'ils se trouvaient bien de se laver le visage et la tête à l'eau froide. Peut-être là est l'explication de cette résistance exceptionnelle ; quoi qu'il en soit, le onzième jour, cette fois encore sans aucun symptôme avant-coureur, le jeune homme, au réveil, était exactement dans l'état décrit lors de l'expérimentation des 4 grammes, il avait même en plus de très violents frissons. Malgré la suppression, l'influence hypnotique, ainsi qu'il arrive presque toujours, et aussi les désordres de la motilité, de l'intellect et des organes digestifs, persistèrent quelques jours.

Je ne veux pas, Messieurs, fatiguer davantage votre attention par la répétition de faits absolument semblables les uns aux autres, au moins dans leurs grandes lignes. Je me bornerai à vous dire que j'ai encore expérimenté le sulfonal à la dose de 3 grammes sur deux autres de mes premiers sujets et sur huit nouveaux et que, sauf la résistance en général un peu plus longue des patients,

©BIUM

les résultats n'ont pas différé des précédents. Permettez-moi seulement de vous signaler quelques particularités intéressantes.

Je vous ai déjà parlé d'un malade qui, interprétant dans le sens de son délire sa grande faiblesse, l'expliquait par une copieuse soustraction de sang opérée par ses ennemis. Chez trois autres aliénés l'action toxique du sulfonal, réagissant sur l'état psychique morbide, l'a aggravé. Un hypochondriaque, en sentant ses jambes faiblir et sa parole s'embarrasser, a eu une crise d'anxiété avec larmes, comme je n'en ai pas vu de plus angoissante. Un délirant systématique est entré contre ses persécuteurs dans une fureur écumante qui n'a pris fin qu'avec les symptômes dont il souffrait, symptômes qu'il qualifiait de diaboliques, tandis qu'il appliquait à la confiture l'épithète d'infernale. Un autre délirant systématique, à qui le sulfonal procurait un narcose de huit heures, prétendait que ses bourreaux, furieux d'être entravés dans leur œuvre nocturne, se rattrappaient en lui infligeant le jour, par mesure de compensation, des vertiges, des nausées et de la faiblesse des membres. Enfin, chez un alcoolique, le sommeil était si profond, deux nuits même après la suppression du remède, qu'il urinait au lit, et l'infortuné pleurait sur son gâtisme en me suppliant de ne pas l'envoyer aux malpropres. Je ne pense pas, Messieurs, que ce soient là les résultats que nous ayons à demander aux narcotiques.

En résumé, ayant expérimenté le sulfonal aux doses de 3 ou 4 grammes sur vingt et un aliénés, savoir : onze vésaniques, deux déments séniles, quatre paralytiques, un épileptique et trois alcooliques, j'ai relevé avec l'aide de mon interne, M. Vigouroux, des symptômes alarmants du côté de l'intellect dans vingt cas, du côté de la motilité dans vingt cas également, du côté de l'estomac dans huit cas, du côté de l'intestin dans sept cas, et enfin dans neuf cas une sensation de froid intense avec frissons. Au point de vue de la résistance de l'organisme, l'intoxication s'est montrée avec 4 grammes : au bout d'un jour quatre fois, au bout de deux jours six fois, au bout de trois jours et de quatre jours, deux fois. Avec la dose de 3 grammes, jamais avant le troisième jour. A cette date nous avons constaté l'action toxique

©BIUM

trois fois ; au quatrième jour, trois fois aussi ; au cinquième jour, deux fois et enfin une fois après six, neuf et dix jours.

Messieurs, vous jugerez sans doute avec moi, vu la longue durée des maladies mentales et la nécessité par là de recourir à des narcotiques longtemps inoffensifs pour l'économie, que le sulfonal aux doses de 3 et 4 grammes doit être sévèrement proscrit de leur thérapeutique.

Je ne veux pourtant pas encore désespérer à des doses plus faibles de cette substance, car elle est certainement l'hypnotique le plus actif que je connaisse. Cette espérance que je conserve, je la base sur deux propriétés du sulfonal : l'une, dangereuse, est l'accumulation; l'autre, bienfaisante, est la persistance, après suppression, de la narcose durant deux et même trois nuits. L'accumulation du sulfonal dans l'organisme n'est pas seulement établie par l'éclosion de symptômes toxiques après un usage de deux ou de plusieurs jours, elle est aussi démontrée par ce fait que le sommeil se montre d'autant plus rapide, profond et prolongé que cet usage date de plus longtemps. Quant à la persistance de la narcose après suppression, elle a été constatée dans la très grande majorité de nos observations. Eh bien! il s'agit d'éviter la première en utilisant la seconde. Je m'explique, étant trouvée la dose de sulfonal susceptible, dans un cas donné, de procurer huit heures de repos sans intoxication concomitante, il faut, ce résultat très satisfaisant obtenu, suspendre le remède pendant une ou deux nuits selon la persistance du sommeil. Mes recherches dans ce but n'ont pas encore abouti, car rien n'est plus difficile que de trouver cette dose inoffensive génératrice d'un repos de sept à huit heures, l'action du sulfonal variant considérablement avec les individus. A preuve, dans les observations que je vous ai rapportées, 2 grammes sont toujours restés sans aucun effet ; or, chez Victor P..., dégénéré de trente-six ans avec hallucinations, d'une bonne santé physique, ils ont suffi à déterminer dès la seconde prise toute la série des accidents que je vous ai décrits. La pression dynamométrique, qui était de 71, est

©BIUM

tombée à 47, soit une diminution de 24, et P... est resté plusieurs jours ainsi intoxiqué.

Afin d'éviter des faits aussi regrettables que celui de P..., peut-être le plus sage serait, mettant à profit la propriété d'accumulation du sulfonal, de ne le prescrire jamais qu'à très petites doses, un gramme ou un gramme cinquante au plus, sauf à perdre quelques nuits, jusqu'à obtention de sept à huit heures de sommeil, puis alors d'utiliser la persistance de la narcose pour espacer les doses.

Quoi qu'il en soit, en présence des faits si nets, si concluants, j'ajouterai si constants que je viens de vous raconter, je me demande comment depuis deux ans que le sulfonal, à l'étranger surtout, est prescrit *larga manu*, les accidents qu'il détermine, surtout les troubles de la motilité, ont été si peu signalés. Malgré d'assez nombreuses recherches, je n'ai rassemblé que six cas semblables aux miens, tous publiés dans ces derniers mois et dont deux, détail piquant, se trouvent dans les communications même de nos enthousiastes correspondants. J'ai été amené ainsi à me demander si ces accidents toxiques ne tiendraient pas à la mauvaise qualité du sulfonal employé ou à son mode d'administration. La substance utilisée à Ville-Evrard a été fournie par la pharmacie centrale de France au prix de 150 francs le kilo; la maison qui l'a livrée présente, je crois, toutes garanties. Le mode d'administration ne me semble pas non plus à incriminer. La confiture n'a certainement pas attaqué le sulfonal, substance insoluble, une des plus résistantes de la chimie organique. D'ailleurs P... ce malade que deux doses de 2 grammes ont intoxiqué, les avait prises sur sa demande en cachets. Aussi, je crois que ces effets toxiques sont bien dus au sulfonal lui-même.

Pardonnez-moi, Messieurs, d'avoir été si long. J'ai tenu à vous apporter des faits, beaucoup de faits; j'aurai atteint mon but s'ils vous ont convaincus des dangers de ce remède aux doses indiquées par nos honorables correspondants, si vous croyez avec moi qu'à ces doses il apaise sans doute la surexcitation mais en abrutissant, et l'agitation en paralysant. Je suis si convaincu pour ma part de ces dangers, que je n'hésite pas

©BIUM

à faire mienne l'appréciation sévère de mon malade, le pharmacien C... et je terminerai en disant avec lui : à 3 et à 4 grammes le sulfonal n'est pas un médicament, mais un poison.

M. Aug. Voisin. — Mes observations ne sont pas conformes à celles de M. Marandon de Montyel ; il est vrai que les doses que j'ai prescrites n'ont pas dépassé 1 gr. 50.

M. Rouillard a expérimenté le sulfonal chez des personnes non aliénées et en a obtenu de bons résultats.

M. Séglas a observé des accidents semblables à ceux rapportés par M. Marandon de Montyel, et cela sans avoir dépassé 3 grammes.

La séance est levée à six heures.

Charpentier.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ANGLAIS

The Journal of Mental science.

ANNÉE 1886.

Numéro de janvier.

I. — *Quelques points de la législation des aliénés en Irlande;* par Conolly Norman.

Ces critiques portent exclusivement sur la procédure d'admission des aliénés pauvres. La loi irlandaise contient en substance les dispositions suivantes : « Toutes les fois qu'une « personne comparaîtra devant les magistrats et qu'il sera « démontré qu'elle a été arrêtée dans des circonstances déno- « tant un dérangement d'esprit et l'intention de commettre « un acte qui serait de nature à la faire traduire en justice, « lesdits magistrats devront requérir l'assistance d'un mé- « decin qui devra examiner la personne sans prévention ni « intérêt. Si le médecin reconnaît qu'il se trouve en présence « d'un aliéné ou d'un idiot dangereux, les magistrats pourront, « par un ordre scellé et paraphé, diriger la personne sur un « asile d'aliénés de la région. Elle devra être séquestrée et « maintenue dans les mêmes conditions que si elle avait été « transférée de la prison, en vertu d'un ordre de police. « Toutefois, la mesure prise n'empêchera pas les parents ou « amis de l'aliéné de le faire sortir, s'ils veulent répondre de « sa conduite devant les autorités compétentes. » Telle est la forme prescrite par la loi, en Irlande, pour le placement des aliénés pauvres. Nous avons éliminé du texte, comme offrant un médiocre intérêt, certains détails relatifs à l'énumération des juridictions locales qui interviennent, des divers établissements où les aliénés sont traités, etc.

M. Norman voudrait voir adopter pour le placement des malades une procédure plus douce, moins vexatoire. On en use encore aujourd'hui avec les aliénés comme dans le temps

©BIUM

passé, alors qu'ils étaient internés dans des geôles, pêle-mêle avec les malfaiteurs. C'est encore comme individus dangereux et non comme malades qu'ils provoquent l'intervention de l'autorité. Lorsqu'un homme donne des signes d'aliénation mentale, il est appréhendé par deux policemen, conduit brutalement devant la cour des Petites-Sessions, si elle siège, ou à la résidence d'un magistrat, le plus souvent au premier poste de police, où deux magistrats sont mandés sur l'heure. Un proche parent du malade rend compte des actes qu'il a commis et qui dénotent un dérangement d'esprit avec intention d'enfreindre la loi. Le médecin du dispensaire du district rédige alors un rapport et les magistrats ordonnent la séquestration à l'asile. Avant d'y trouver les douceurs du non-restreint, le pauvre diable est entouré du même appareil de force qu'un criminel, placé sous la garde d'hommes armés, consigné parfois pendant plusieurs jours dans un poste de police. Cette pratique a l'avantage d'être expéditive, mais elle peut produire sur l'aliéné une impression fâcheuse.

C'est que la loi irlandaise sur les aliénés est en retard. Elle se préoccupe moins de l'état d'aliénation mentale que du danger que le malheureux fou peut faire courir à son entourage. Elle l'assimile à un vulgaire malfaiteur. En effet, les magistrats se bornent à constater dans leur enquête, les violences qu'il a commises. Dans son rapport, le médecin ne s'attache pas à fournir des renseignements utiles au traitement du malade et le tableau qu'il est tenu de remplir touchant la forme de l'aliénation mentale, ses causes probables, ses symptômes prédominants, etc., ne contiennent que des formules banales, souvent inexactes. L'homme est violent et dangereux, c'est le point principal qu'il importe d'établir pour arriver à lui donner, dans le plus bref délai, le bénéfice d'un traitement médical. Si le résultat final est heureux, les moyens pour l'obtenir méritent la critique et la procédure prescrite par la loi n'est pas en rapport avec les idées modernes.

En attendant qu'une pratique uniforme puisse être adoptée dans les trois royaumes, M. Norman pense qu'un progrès serait réalisé en favorisant le placement des malades par l'administration. Le règlement des asiles de district d'Irlande donne au comité des gouverneurs (Board of Govenors) le droit d'autoriser l'admission des aliénés pour lesquels il est présenté : 1° une déclaration faite devant un magistrat; 2° un certificat délivré par un magistrat et un ecclésiastique ou un gardien des

©BIUM

pauvres ; 3° un rapport médical constatant l'aliénation et la nécessité de recevoir des soins dans un asile ; 4° enfin, un engagement signé de la personne qui place le malade de le retirer de l'asile à la première réquisition des inspecteurs ou des gouverneurs. Ce mode d'admission est préférable au précédent ; il ne blesse pas la dignité de l'homme et mériterait d'être appliqué plus fréquemment. Les gouverneurs ne se réunissant qu'une fois par mois, M. Norman voudrait que le médecin de l'asile pût admettre le malade d'urgence, sauf à en référer plus tard à ces magistrats.

Il est à craindre que le vœu émis par notre confrère ne se réalise pas sitôt. La procédure qu'il a critiquée a l'avantage d'être sommaire, et pour ce motif paraît devoir s'imposer dans la pratique. L'auteur du mémoire s'élève encore contre cette disposition de la loi en vertu de laquelle l'ami d'un aliéné dangereux peut le retirer de l'asile en fournissant une caution. Quand il s'agit d'un malfaiteur, capable de se contrôler, la caution peut être admise, mais une mesure semblable ne saurait s'appliquer aux aliénés dangereux. Une caution, dont le montant n'est pas d'ailleurs fixé par la loi, ne peut être une garantie contre leurs écarts et ces malades doivent être toujours maintenus à l'asile.

II. — *Projet d'asile public pour* 310 *malades pouvant admettre* 450 *lits par des agrandissements peu coûteux ;* par le Dr Cobbold (*avec planches*).

La séparation des aliénés par catégories est l'une des premières conditions auxquelles doit satisfaire la construction d'un asile. Cette condition a été heureusement remplie pour les grands établissements, où est appliqué le système de pavillons séparés. Les asiles de petite dimension, d'une population inférieure à 600 malades, ne peuvent être construits d'après ce type, parce que leur entretien serait trop coûteux. Le projet de M. Cobbold rend possible la division complète des quartiers de placement, tout en réunissant les constructions sous le même toit. Ce résultat est obtenu par le moyen d'une grande galerie qui parcourt l'établissement dans toute sa largeur et qui donne accès dans les différents quartiers sans avoir à les traverser. Les divisions d'aliénés sont donc parfaitement indépendantes. Cette galerie transversale communique avec deux autres disposées perpendiculairement dans le sens de l'axe de l'asile et desservant les services généraux. Telles sont les grandes lignes

©BIUM

de ce projet dont nous allons relever les détails les plus saillants. Les magnifiques planches que M. Cobbold a jointes à son travail nous rendent cette tâche facile.

L'asile est destiné aux deux sexes et divisé en deux parties symétriques. L'entrée principale est au nord et l'on trouve sur la ligne médiane : 1° le logement du directeur et les bureaux; 2° l'économat, la machine à vapeur, le magasin de charbon et de boulangerie; 3° la cuisine et ses dépendances; 4° un réfectoire commun aux deux sexes, salle immense pouvant au besoin servir de théâtre, dans laquelle 600 malades peuvent s'asseoir à l'aise. Ce grand hall est séparé de la cuisine par un vestibule spacieux. Il occupe le centre des quartiers d'aliénés et il est orienté au midi. A gauche et à droite s'étendent les divisions dont les ouvertures et les préaux ont cette exposition privilégiée. Toutefois, la ligne de façade n'est pas droite; elle s'infléchit de chaque côté à 45°, de manière à former deux ailes qui regardent respectivement le sud-est et le sud-ouest. Cette disposition rompt très heureusement la monotonie de l'ensemble.

L'habitation qui avoisine la salle à manger contient : au rez-de-chaussée, l'infirmerie; au premier étage, les quartiers d'observation et de convalescents. L'infirmerie a 20 lits, plus trois chambres d'isolement. On y trouve aussi une salle de récréation, une cuisine, une chambre de gardiens, une salle de bains avec baignoires mobiles, deux cabinets d'aisance et une laverie. L'infirmerie est ouverte sur une véranda pourvue de jalousies. Le premier étage (convalescents et malades en observation) admet le même nombre de places; mais ce quartier comporte un plus grand nombre de chambres d'isolement et une salle de jour plus vaste.

Le bâtiment qui fait suite est affecté aux aliénés chroniques et inoffensifs. Il contient soixante-quinze lits et comprend deux étages. Au rez-de-chaussée se trouve la salle de jour, au premier étage les dortoirs. C'est au niveau de ce quartier que s'infléchit la ligne de façade. Aussi, la salle de jour a-t-elle une forme irrégulière et les malades jouissent de ce point, de perspectives variées, d'un effet agréable.

La dernière division est celle des agités et des épileptiques. Elle est aménagée pour trente malades et se compose uniquement d'un rez-de-chaussée. Elle comprend une salle de jour éclairée des deux côtés, un lavoir, un office puis un dortoir d'observation de vingt-quatre lits, à l'extrémité duquel est une

©BIUM

rangée de huit cellules, simples ou matelassées, ouvrant sur une galerie commune. Les lieux d'aisances, les bains et les cabinets de toilette sont accessibles à la fois de la salle de jour et du dortoir ; mais la communication peut être interdite au besoin avec l'une ou l'autre de ces salles. Ce quartier est pourvu de baignoires dont une, mobile, peut être transportée près du lit des malades. Les cellules sont éclairées au gaz et leurs portes sont percées d'ouvertures étroites pour la surveillance.

Les services généraux, avons-nous dit, sont desservis par deux galeries perpendiculaires à la grande galerie transversale. C'est autour de ces passages couverts que sont groupés les différents services. On trouve, à droite, les ateliers d'hommes et l'établissement des bains ; à gauche, côté des femmes, la buanderie, un quartier de femmes de vingt-cinq lits et l'établissement de bains des femmes. Les ateliers communiquent ensemble du côté opposé à la galerie où ils ont vue sur une cour, dans laquelle se trouvent aussi les magasins de charbon et la forge. A la jonction de la galerie centrale avec les deux corridors sont placés, de chaque côté, les logements du surveillant et de la surveillante en chef. La chapelle est extérieure à l'établissement ; trois cent vingt personnes peuvent y suivre les offices.

Cet asile peut-être agrandi par la construction d'un étage au-dessus de l'habitation des agités et par la création d'un bâtiment de ferme. Il est dû à la collaboration de M. Cobbold avec deux architectes distingués de la Grande-Bretagne. Sa forme permet une concentration plus facile de la surveillance, tout en réalisant la séparation des catégories d'aliénés. Nous n'insistons pas sur les détails. Il est à peine besoin d'ajouter que les auteurs du projet ont pourvu leur asile de tous les perfectionnements de l'hygiène et du confort moderne. Cet établissement est construit pour trois cent dix malades et le prix du lit est de 145 livres.

III. — *Une récente visite à Gheel;* par le Dr Hack Tuke.

Le système colonial compte des partisans zélés et des adversaires irréconciliables. Entre ces deux exagérations, on est bien aise d'avoir une note juste qui rende à ce traitement son vrai mérite, sans lui attribuer des avantages qu'il n'a jamais eus. Cette note, nous croyons que M. le Dr Hack Tuke l'a donnée dans le remarquable travail qu'il a lu devant la Société médico-psychologique de Londres. Notre éminent confrère a visité Gheel en détail, à l'occasion du congrès d'Anvers. Il s'est dé-

©BIUM

fendu prudemment d'un enthousiasme de parti pris et il se garde bien de comparer, à l'exemple de quelques médecins, les soins donnés aux malades par les nourriciers belges au traitement de l'asile fermé. Au surplus, le mécontentement qu'il montre à la vue de quelques compatriotes traités en Belgique, donne la mesure exacte de ses sentiments sur la célèbre colonie.

En revanche, M. Tuke insiste sur la question financière qui donne un véritable intérêt à ce système. Les sommes payées par l'État à la population de Gheel se sont élevées l'an dernier à 28,800 livres, à raison de 6 schellings et 8 deniers par semaine et par tête d'aliéné. Le rendement de la pension des malades a été de 31,360 livres. Il existait au 1er janvier, dans les asiles belges, 8,986 aliénés. Sur ce nombre, 2,000 pourraient encore trouver leur place dans la colonie ou chez leurs amis. Or, l'entretien des malades à Gheel ne coûte que 8 deniers 1/2 par jour; le prix d'entretien à l'asile est de 11 deniers. L'économie que procure le traitement colonial est donc importante et peut encore être accrue. En plaçant à Gheel les 2,000 aliénés chroniques dont il vient d'être question, le budget de l'État ne réaliserait pas moins de 6,000 livres de bénéfice par an. Cette réforme est d'autant plus désirable qu'elle est compatible avec l'humanité.

En effet, il ne faut pas oublier que les malades qui sont envoyés à Gheel sont choisis. L'article 17 de la loi interdit l'admission des aliénés soumis au restreint, des homicideurs, des suicideurs, des incendiaires, des évadeurs et enfin des individus susceptibles de troubler l'ordre public. Grâce à ces réserves, l'ordre de la colonie est rarement compromis et les accidents n'y sont guère plus fréquents qu'ailleurs.

M. Tuke fournit des renseignements curieux sur l'organisation du travail, sur l'asile proprement dit et sur la légende de Sainte Nymphna. Nous ne pouvons nous y arrêter et d'ailleurs, les documents abondent dans ce recueil sur le village belge et sur son histoire. Notre confrère rappelle que la création de cet asile a été conçue dès 1821 par Esquirol, et que le projet du grand aliéniste n'a été exécuté que quarante ans plus tard. Il trace ensuite un intéressant parallèle entre Gheel et les colonies d'Écosse. Tandis que dans ce dernier pays, les malades traités librement sont tous des déments chroniques et pauvres, les aliénés de Gheel présentent des formes mentales variées et appartiennent à toutes les classes de la société. Si nombre de malades

©BIUM

traités à Gheel pourraient être admis en Écosse au traitement libre, certains individus que l'administration de Gheel laisse en liberté seraient rigoureusement séquestrés en Écosse. On peut dire d'une manière générale que l'organisation du système est plus intelligemment comprise dans le Royaume-Uni. Une autre différence signalée par M. Tuke consiste dans l'étendue du terrain affecté à l'exploitation agricole. Elle est beaucoup plus considérable en Écosse. D'après le Dr Rutherford, le nombre des aliénés traités à Gheel, occuperait, en Écosse, une superficie de 200 milles carrés.

En terminant, l'auteur estime que, s'il est désirable, dans un but financier, de favoriser le traitement libre des aliénés, on doit le faire avec circonspection. On ne doit pas seulement avoir en vue l'économie réalisée et le bien-être de certains malades, mais encore l'intérêt des familles auxquelles on les confie et qui peuvent gravement souffrir de leur contact. Si la liberté accordée aux malades est un bien, il ne faut pas perdre de vue la situation pénible qu'elle crée à leur entourage. Notre confrère se montre sceptique à l'endroit des statistiques et il admet difficilement que les 1,600 aliénés de Gheel soient aussi inoffensifs que les chiffres paraissent le démontrer.

IV. — *Poids anormal du cerveau, chez un malade atteint de paralysie générale;* par le Dr Mac Dowald.

Le malade avait une sœur aliénée; son crâne était du type dolichocéphale et avait des dimensions excessives. Il était atteint de démence paralytique et son observation n'offre rien de bien remarquable. A l'autopsie, une grande quantité de sérosité a été recueillie à l'ouverture du crâne (330 grammes). Le cerveau pesait 1830 grammes et 1740 après l'écoulement complet du liquide arachnoïdien.

V. — *Deux cas de mélancolie;* par Alexandre Patton.

Les deux femmes dont M. Patton rapporte l'histoire sont tombées dans la dépression mentale à la suite d'un accouchement malheureux qui s'est compliqué d'une déchirure du périnée et plus tard de la formation d'une fistule recto-vaginale. La terminaison a été différente dans les deux cas.

La première aliénée, qui pourtant était une héréditaire, a guéri consécutivement à une hémorrhagie grave. L'autre est tombée dans la démence. L'onanisme, auquel elle se livrait avec frénésie, ne paraît pas étranger à cette issue fâcheuse.

©BIUM

VI. — *Cas d'hématurie avec apparition spontanée de taches ressemblant à des contusions graves dans le cours d'un accès de manie aiguë. — Pachyméningite hémorrhagique très étendue;* par les Drs G. Savage et Percy-Smith.

Le malade, âgé de quarante ans, a une sœur aliénée ; sa santé générale est habituellement bonne, mais il est sujet à l'asthme de foin. Après une courte période de dépression, il a été pris d'un accès de manie. Il est très désordonné et violent et son état nécessite son isolement dans une cellule matelassée. On constate des symptômes graves, l'élévation de température, la sécheresse cornée de la langue, etc., et l'alimentation forcée doit être ordonnée. Le lendemain de l'admission, il s'est produit une hématurie. Cet homme portait de nombreuses contusions au moment de son entrée et l'on n'a pas tardé à constater que les taches contuses se multipliaient spontanément. Elles sont disposées symétriquement et occupent des régions qui ne sont pas habituellement exposées à ces sortes de traumatismes. Elles sont d'une couleur bronzée rappelant la maladie d'Addison. L'état du malade s'est rapidement aggravé. La température s'est élevé graduellement. Cependant, il n'accusait qu'une légère céphalalgie, sans vomissements, ni convulsions. Il n'y avait pas de paralysie, mais suppression complète du réflexe rotulien. La veille de la mort est apparue une large tache rouge, de 6 pouces de diamètre, fluctuante, à la face externe de la cuisse gauche. Il a succombé à une attaque. Depuis l'invasion de la folie, les accès d'asthme avaient disparu. L'autopsie a fait découvrir à la face interne de la dure-mère, s'étendant surtout à gauche, une vaste néo-membrane gélatineuse, contenant un caillot de formation récente. La pie-mère et le cerveau sous-jacent paraissaient indemnes. Le rein gauche était déplacé; il était descendu dans la cavité pelvienne, derrière la vessie.

Dans l'intéressant commentaire dont ils font suivre cette observation, les auteurs recherchent les rapports qu'il peut y avoir entre la pachyméningite et l'accès de manie. La néoplasie de la dure-mère paraissait ancienne; elle est la cause probable du délire vésanique. L'apparition des taches hématiques est aussi digne de remarque et l'on peut se demander si cette tendance aux hémorrhagies n'a pas favorisé l'épanchement de la dure-mère. On a vu des cas de purpura où la mort a été produite par une hémorrhagie cérébrale. Il est probable enfin que

©BIUM

l'hématurie n'est ici qu'un phénomène concomitant ; elle serait le résultat d'un déplacement traumatique du rein, antérieurement à l'entrée du malade à l'asile.

VII. — *Note clinique sur les hémorrhagies dans la paralysie générale;* par le Dr S. Savage.

Indépendamment des lésions de la périencéphalite qui ont leur siège au cerveau et à la moelle, cette affection produit dans l'organisme de nombreuses altérations de tissu et celles qui atteignent le système vasculaire ne sont pas les moins intéressantes. L'épaississement de l'aorte et des artères, les stases sanguines, la décoloration de la peau, sont des phénomènes connus. Leur cause l'est beaucoup moins et l'on accuse aujourd'hui trop facilement de ces méfaits le grand sympathique. M. Savage examine successivement les divers troubles fonctionnels qui affectent le système vasculaire. C'est d'abord l'hématome de l'oreille, qui n'est peut-être pas toujours spontané, mais qui peut résulter d'un coup très léger porté sur la région. Il en est de même de ces tumeurs sanguines qui naissent sous l'influence de chocs peu intenses et ont pour caractères d'être peu ou point douloureuses, de se compliquer d'une inflammation bénigne, se terminant parfois par suppuration, mais guérissant rapidement. Est-ce la composition du sang ou la structure des vaisseaux qu'il faut accuser de ces accidents? M. Savage pencherait pour la première de ces causes. La fluidité du pigment sanguin paraît, en effet, démontrée par la rapidité avec laquelle ces tumeurs se décolorent. Puis, viennent les hématuries spontanées qui sont précédées parfois de l'œdème préputial. Elles sont d'un pronostic grave et font prévoir un dénouement prochain. Dans un cas d'hématurie, l'autopsie a montré l'existence d'une hypertrophie de la vessie dont la muqueuse présentait, à des intervalles réguliers, des houppes vasculaires qui avaient fourni l'écoulement sanguin. Le plexus vésico-prostatique était obstrué par un caillot. Enfin, il faut mentionner parmi les accidents hémorrhagiques qu'on observe chez les paralysés généraux, les taches de purpura qui apparaissent à la partie interne et externe des cuisses, dans la période ultime de cette affection grave.

©BIUM

VIII. — *Contro-stimultation dans la paralysie générale;* par le Dr Pritchard Davies.

Ce médecin publie une observation de paralysie générale dans laquelle l'apparition d'un anthrax, jointe à la suppuration d'une vaste escharre sacrée, a été suivie d'une amélioration inattendue. Après une attaque congestive, le malade s'est relevé progressivement, et les troubles moteurs et délirants se sont presque entièrement amendés. Notre confrère n'hésite pas à attribuer ce succès à la révulsion déterminée par l'anthrax, et il s'est demandé si une inflammation produite artificiellement pendant la période de début de la paralysie générale ne serait pas susceptible d'enrayer la marche de la maladie. Partant de cette donnée, il a adopté le traitement suivant; il fait des applications alternatives de teinture d'iode jusqu'à vésication, sur les parties latérales du cou et de la colonne vertébrale. Il commence d'abord par un côté et aussitôt que l'inflammation s'est produite, il l'abandonne pour badigeonner le côté opposé. Lorsque la vésication y est obtenue, le premier côté est sec, indolent et peut recevoir de nouvelles applications d'iode. Ce traitement peut être continué longtemps. Les résultats que lui doit M. Pritchard Davies ne sont pas encore assez décisifs, pour l'imposer dans la pratique. Toutefois, il paraît rationnel et mérite d'être connu.

Dr Pons.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

Article HALLUCINATION du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales;* par le Dr J. Christian, médecin de la maison nationale de Charenton. Broch. in-8°, Paris, 1886.

L'étude de l'hallucination est hérissée de difficultés et, comme le dit l'auteur, « ce n'est pas une tâche peu ardue que de démêler parmi les innombrables documents qui encombrent la science, ce qu'aujourd'hui l'on peut considérer comme scientifiquement établi. »

Connue des anciens, l'hallucination est intimement liée à la vie politique et religieuse des peuples. Mais c'est Esquirol qui le premier donne de l'hallucination une description complète et scientifique, et c'est la définition, bien connue aujourd'hui, du grand aliéniste, que M. J. Christian adopte.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans la description des divers troubles hallucinatoires, bien qu'on y rencontre plus d'un fait intéressant. Nous dirons néanmoins qu'au milieu de la discussion, on est heureux de rencontrer presque à chaque instant les noms de nos maîtres les plus illustres et de constater combien est grande la part qui revient aux auteurs français dans l'étude de l'hallucination.

Pour M. J. Christian, toutes les hallucinations sont *psycho-sensorielles*. Il s'écarte en cela de la théorie admise par M. Baillarger, les hallucinations *psychiques* décrites par cet auteur n'étant pour lui qu'une hallucination du *langage articulé*. Car, dit M. J. Christian, « comment une idée arriverait-elle à la conscience si elle n'avait d'abord revêtu une forme définie, si elle ne s'était concrétée en un mot, en une phrase? Que cette voix parte de l'intérieur du corps ou qu'elle semble venir du dehors, il ne s'agit en réalité que d'une variété des hallucinations auditives; elles sont psycho-sensorielles au même titre que les autres. »

L'auteur passe ensuite en revue les conditions dans lesquelles on observe les hallucinations.

Les hallucinations sont-elles compatibles avec la raison?

©BIUM

M. J. Christian le croit, et à l'appui de sa thèse rapporte de nombreux exemples d'hallucinations survenues chez des personnes saines d'esprit; il pense que le phénomène est moins rare qu'on ne l'imagine, car, comme dit Marc, « on peut dire qu'il est peu de personnes qui n'aient éprouvé des hallucinations de la vue », ou qui, ayant le cerveau surexcité légèrement par l'attente, l'inquiétude, le travail intellectuel, n'ait perçu des bruits de pas, des sons de cloches, etc. Or, ces hallucinations sont aussitôt rectifiées par l'entendement, et elles se produisent aussi dans la période intermédiaire entre la veille et le sommeil (hallucinations *hypnagogiques* de Baillarger).

L'auteur rappelle en outre que les rêves sont principalement constitués par des hallucinations à forme incohérente; il en est de même dans le cauchemar, et les intoxications diverses (alcool, belladone, haschich, jusquiame, chloroforme, oxyde de carbone, etc.) sont des agents fréquents de leur production.

On les rencontre aussi dans les maladies fébriles, les névroses; mais c'est surtout dans l'aliénation mentale qu'elles acquièrent l'importance la plus grande. En effet, dans certaines formes de folie, l'hallucination est constante; elle forme même le symptôme pathognomonique de l'affection mentale : « telle l'hallucination de l'ouïe dans le délire des persécutions, l'hallucination de la vue dans le délire alcoolique. »

Il faudrait peut-être ajouter que le délire des persécutions peut exister sans hallucinations de l'ouïe, comme l'a démontré récemment un élève de M. J. Falret (1), et que dans certains cas *chroniques*, sans alcoolisme, on peut rencontrer des hallucinations de la vue chez certains persécutés, ainsi que j'ai essayé moi-même de le prouver.

Quoi qu'il en soit, et à de rares exceptions près, comme l'a dit Lasègue, dans le délire des persécutions c'est l'hallucination de l'ouïe qui domine à l'exclusion de toute autre et « Lasègue et J. Falret ont longuement insisté à juste titre sur cette loi à laquelle il n'existe que de rares exceptions, comme le démontre l'expérience clinique. »

Quelle est la cause de l'hallucination? L'auteur cite d'abord le traumatisme, la prolongation extrême ou la répétition incessante de la même sensation, la vivacité d'une impression sensoriale. Ce sont les causes *périphériques* qui ont pour ana-

(1) Pottier. *Les aliénés persécuteurs.* Paris, 1886.

©BIUM

logues les causes *morales*, c'est-à-dire *centrales*. Une impression morale agit, en effet, à la manière d'un traumatisme, et la répétition incessante d'une même impression morale correspond à l'action trop prolongée d'une même impression externe. D'autres fois, l'influence périphérique et l'impression morale peuvent se confondre.

D'ailleurs, l'hallucination peut être produite par des causes indirectes, telles que le trouble des diverses fonctions, de la circulation (Nicolaï), par l'abstinence (anachorètes, Méduse), la continence, les troubles digestifs. L'hallucination peut enfin être *épidémique* (Moyen âge, Loudun, Morzine).

Mais existe-t-il deux espèces d'hallucination, l'une compatible avec la raison la plus parfaite, l'autre caractéristique de l'aliénation mentale? Il faudrait tout d'abord, croit M. J. Christian, admettre que l'hallucination est compatible avec la raison, alors même que l'halluciné ne reconnaît pas son erreur. « La croyance à la réalité des apparitions, des rêves, des visions est en effet de toute éternité. Interrogez l'habitant de nos campagnes et voyez s'il doute de l'existence réelle des fantômes dont son imagination a peuplé les alentours de son village !... Questionnez ceux qui, plus instruits, rougiraient de croire à des fables jugées dignes d'un autre âge! Tous croient à la possibilité des apparitions ou au moins de *certaines* apparitions... Pourtant ils ne seront pas fous... La folie n'existera que lorsqu'au fait primordial de l'hallucination, on verra succéder le trouble intellectuel qui constitue le délire. On peut être halluciné et ne point délirer, a dit Esquirol. L'hallucination n'est donc jamais par elle-même une cause de folie. »

Le phénomène existe; comment peut-il s'expliquer ? Il y a à cet égard diverses écoles : L'école *théologique*, qui croit à l'intervention divine ou satanique; l'école *métaphysique* (Descartes, Malabranche) qui donne pour cause le mouvement désordonné des esprits animaux; pour ces deux écoles, l'hallucination est un phénomène qui vient du dehors.

Il en est autrement dans la doctrine *scientifique*. Celle-ci attribue l'hallucination à une modification survenue dans la trame nerveuse. « Or, les théories de l'école scientifique peuvent être réduites à deux principales : ou l'hallucination est considérée comme purement *intellectuelle*, *psychique*, ou au contraire, il est admis que l'hallucination prend naissance *dans l'appareil sensoriel lui-même.* »

On trouve dans l'article de M. J. Christian, l'exposé fort

©BIUM

bien fait de ces deux théories et le résumé des discussions mémorables qu'elles soulevèrent dans les sociétés scientifiques.

Entre les deux théories, il convient de placer *la théorie mixte de Baillarger* qui considère l'hallucination comme un phénomène toujours pathologique, qui se produit lorsque sont réalisées les trois conditions suivantes :

1° Exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination ;
2° Suspension des impressions externes ;
3° Excitation intense des appareils sensoriels.

C'est la théorie adoptée par la plupart des auteurs, elle a été comme le point de départ des travaux plus récents, parmi lesquels je dois citer ceux de M. Luys et de M. Ritti dont la théorie peut se résumer ainsi :

« 1° Activité spontanée des cellules de la couche optique ;
« 2° Irradiation de cette activité vers la substance corticale ;
« 3° Entraînement consécutif de ces mêmes cellules corticales qui mettent en œuvre les matériaux énoncés avec la même logique que s'ils étaient vrais. »

Cette théorie, fait remarquer M. J. Christian, se trouve en quelque sorte en germe dans celle que Foville proposait en 1829, lorsqu'il écrivit : « Pour moi, *les hallucinations sont liées à la lésion de parties nerveuses intermédiaires aux organes des sens et aux centres de perception, ou à l'altération des parties cérébrales auxquelles aboutissent les nerfs des sensations.* »

Parmi les diverses autres théories, mentionnons celle de Schrœder van der Kolck (théorie de la perception et de l'aperception) ; celle de Tamburini, qui dépossède les couches optiques du rôle assigné par Luys et Ritti pour l'attribuer aux centres sensoriels corticaux ; la théorie complexe de Despine et enfin celle de Meynert.

Pour celui-ci, la perception se fait dans les centres *infra-corticaux*. La couche corticale élabore les phénomènes intellectuels, mais elle rectifie, arrête les excitations subjectives venant des centres infra-corticaux. Si la couche corticale fonctionne seule, les excitations subjectives deviendront objectives.

Après avoir résumé ces diverses théories, M. J. Christian pose en principe que les hallucinations sont toujours un phénomène pathologique, puis il arrive à dégager les lois suivantes :

1° Au point de vue subjectif, l'hallucination et la sensation sont identiques ;

2° L'hallucination et la représentation mentale sont deux phénomènes complètement différents l'un de l'autre ;

©BIUM

3° L'hallucination est toujours un phénomène involontaire (Baillarger) ;

4° L'hallucination n'est jamais qu'une réminiscence d'une sensation autrefois perçue ;

5° Il n'y a pas de rapport actif entre les occupations, les pensées et les préoccupations actuelles du malade, bien que ce rapport semble exister souvent.

L'auteur finalement se rallie à la théorie de Ritti qui lui paraît celle qui rend compte des faits de la manière la plus satisfaisante, « en tant, a-t-il soin d'ajouter cependant, que les couches optiques restent investies du rôle que les travaux de Luys leur assignent. »

Après diverses considérations sur la marche, la durée, la terminaison et le pronostic, M. J. Christian aborde le traitement de l'hallucination. Il s'élève contre l'idée de Leuret et le *traitement moral* préconisé par cet auteur.

Je crois devoir à cet égard reproduire son argumentation : « L'hallucination, écrit-il, est un fait de sensibilité ; l'halluciné voit, entend, sent et aucun raisonnement au monde ne peut faire qu'il ne voie pas, qu'il n'entende pas. A ce phénomène purement passif, succède l'interprétation qu'en donne l'halluciné ; chez l'aliéné elle constitue l'idée délirante. Or, c'est en réalité à l'idée délirante seule que Leuret s'attaque, et nous savons par expérience que l'aliéné n'est en état de raisonner son délire que du *moment où il est en voie de guérison.* »

Je termine cette courte analyse en disant que l'article *Hallucination* est écrit dans un style sobre bien qu'élégant et qu'à mon sens, il sera toujours consulté par tous avec profit, mais en particulier par les personnes qui s'intéressent spécialement à l'étude et aux progrès de l'aliénation mentale.

Dr H. Mabille.

Manuel des expertises médicales en matière criminelle, à l'usage des magistrats instructeurs et des officiers de police judiciaire ; par le Dr Henry Coutagne, chef des travaux de médecine légale à la Faculté de Lyon. 1 vol. in-18 cartonné à l'anglaise. A. Storck, édit. Paris et Lyon, 1887.

Ce petit volume fait partie de la *Bibliothèque scientifique de l'avocat et du magistrat*, qui se publie sous la direction de

©BIUM

M. le Dr Lacassagne, professeur de médecine légale à la Faculté de Lyon. Il contient un excellent résumé des connaissances indispensables aux magistrats instructeurs et aux officiers de police judiciaire. Ceux-ci « adressent très fréquemment des réquisitions aux médecins dans les diverses phases des instructions dont ils sont chargés. Mais le succès des opérations qu'ils prescrivent dépend alors en grande partie d'eux-mêmes ; car il leur appartient non seulement d'apprécier, suivant tel ou tel cas, l'opportunité et l'efficacité probable d'une collaboration scientifique, mais encore de prendre toutes les mesures nécessaires pour fournir à l'expert des éléments utilisables pour ses recherches. On ne peut exiger de l'homme de loi une connaissance approfondie des questions médico-légales ; il empiéterait alors sur le domaine de notre profession au prix d'études qui l'éloigneraient trop de celles sur lesquelles sa carrière est basée. Mais si dans ces expertises la solution du problème incombe au médecin, l'énoncé doit en être fait par le magistrat et suppose de sa part au moins une notion succincte des sujets sur lesquels portent ses réquisitions. En outre, il doit être à même d'apprécier si l'oubli par le médecin de certaines règles techniques n'est pas de nature à vicier les conclusions de ses opérations. »

Tel est, indiqué par l'auteur lui-même, le but de ce manuel. Personne n'était mieux placé que M. Coutagne pour mener ce travail à bonne fin ; depuis bientôt dix ans il exerce avec distinction les fonctions de médecin expert près les tribunaux de Lyon, sa compétence n'est donc pas discutable.

Ce n'est pas le lieu de passer en revue tous les sujets traités dans ce petit volume. Il en est un cependant qui nous intéresse spécialement, c'est celui auquel est consacré le chapitre XI : *De l'état mental*. Après quelques rapides considérations sur la responsabilité des aliénés et sur le rôle du médecin dans les expertises en matière d'état mental, l'auteur passe en revue, très sommairement, les principales formes de folie en partant de la classification étiologique de Morel, et indique ensuite les crimes ou délits qui sont le fait de telle ou telle forme de folie. Quelques pages sont consacrées à des préceptes très judicieux sur la manière dont le médecin devra procéder dans l'examen du présumé aliéné, sur les difficultés que cet examen peut présenter, sur les écueils qu'il aura à éviter, soit qu'il s'agisse d'un simulateur ou d'un dissimulateur.

©BIUM

Enfin, le médecin expert devra faire son rapport, qui devra se terminer ordinairement par trois conclusions :

« 1° La première tranche la question de diagnostic médical. Nous regardons comme obligatoire, en cas de folie, la mention du type clinique de l'aliénation mentale constatée ;

« 2° Par la seconde conclusion, l'expert se prononce sur la responsabilité du prévenu ;

« 3° Dans sa troisième conclusion, l'expert porte le pronostic de la maladie du sujet et se prononce sur les précautions qu'il estime nécessaires au point de vue de la sécurité publique. »

M. Coutagne n'ignore pas les difficultés que présente dans la pratique la deuxième conclusion, mais il ne partage pas les vues de certains médecins cliniciens qui enseignent que l'expert n'a pas à apprécier le degré de responsabilité du malade qu'il examine.

On voit par cette rapide analyse qu'aucune des questions principales qui intéressent les rapports de la médecine mentale et de la médecine légale n'ont été omises par M. Coutagne dans le dernier chapitre de son livre.

ANT. RITTI.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Left hemiplegia from destruction of the right parietal convolutions, succeeding to a vegetative endarteritis (Hémiplégie gauche par la destruction de la circonvolution pariétale droite, consécutive à une endartérite végétative) ; par le Dr Louis Frigerio, d'Alexandrie (Italie). Broch. in-8° de 3 pages. Extrait des « Transactions du neuvième congrès médical international ». Vol. V.

— Psychologie de l'attention ; par Th. Ribot, professeur au Collège de France. 1 vol. in-18. 182 pages, de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, 1889. Félix Alcan édit.

— L'inconscient. Etude sur l'hypnotisme ; par le Dr Coste. 1 vol. in-18 de 158 pages. Paris, 1889. J.-B. Baillière et fils, édit.

— Le captivé au point de vue médico-légal ; par le Dr Philippe Tissié, sous-bibliothécaire de la Faculté de médecine de Bordeaux. Broch. in-8° de 25 pages. Extrait des *Bulletins de la Société d'anthropologie de Bordeaux et du Sud-Ouest*, tome IV, année 1887. Bordeaux, 1888. Imprimerie A. Bellier et Cie.

©BIUM

— La folie. Causeries sur les troubles de l'esprit; par le Dr Châtelain, ancien médecin en chef de la maison de santé de Préfargier. 1 vol. in-18 de 249 pages. Neufchâtel, 1889. Attinger frères, édit.

— Exposé d'un classement méthodique des maladies mentales; par le Dr Emmanuel Régis, médecin de la maison de santé de Castel-d'Andorte. Broch. in-8° de 23 pages. Extrait du *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, 1888.

— Anatomie des centres nerveux. Leçons professées par le Dr Ludwig Edinger. Traduit de l'allemand par M. Siraud, externe des hôpitaux de Lyon. 1 vol. in-8° de 235 pages avec 122 fig. Paris, 1889, J.-B. Baillière et fils, édit.

— Les dégénérés dans les prisons; par le Dr Emile Laurent, interne à l'infirmerie centrale des prisons de la Seine. Broch. in-8° (25 pages) de la *Bibliothèque d'anthropologie criminelle et des sciences pénales*. Lyon, 1888. A. Storck, édit.

— Rapport sur le service médical du quartier d'aliénés de l'hospice général de Nantes pendant l'année 1887; par le Dr Biaute, médecin en chef. Broch. in-8° de 32 pages. Nantes, 1888. Impr. Mellinet et Cie.

— Les Gynécomastes; par le Dr Emile Laurent, ancien interne des prisons de Paris. Thèse de Paris, 1884. Broch. in-8° de 84 pages.

— Asile public de la Charité-sur-Loire (Nièvre). Rapport médical et administratif pour l'année 1887; par le Dr Samuel Garnier, directeur médecin en chef. Broch. in-8° de 78 pages. Nevers, 1888.

— Croquis et nouvelles; par le Dr Châtelain, ancien médecin en chef de la maison de santé de Préfargier. 1 vol. in-12 de 340 pages. Paris, 1887. Librairie Paul Monnerat.

— Su di un caso di lesione distruttiva del lobo temporo sfenoidale sinistro in un mancino epilettico senz' alcun disturbo della parola (Un cas de lésion destructive du lobe temporo-sphénoïdal gauche chez un épileptique gaucher sans aucun trouble de la parole); par le Dr L. Bianchi, professeur à l'Université de Naples. Broch. in-8° de 19 pages avec deux planches. Extrait de la *Psichiatria*. Anno VI. Naples, 1888.

— Nuove osservazioni di pazzia transitoria (Nouvelle observation de folie transitoire); par le professeur Silvio Venturi, directeur du manicome de Girifalco. Extrait de l'*Archivio italiano per le malatie nevrose*. Broch, in-8° de 13 pages. Milan, 1888.

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

— *Arrêté du* 2 *mars* 1889 : M. le Dr Chambard, médecin adjoint à l'asile de Ville-Evrard, est nommé médecin en chef de l'asile de Pierrefeu (Var) — emploi créé — et est placé dans la 3e classe de son grade (5,000 fr.);

M. le Dr Boudrie, directeur-médecin de l'asile de Bassens (Savoie), est nommé directeur-médecin de l'asile de Vaucluse, et maintenu dans la 3e classe de son grade (5,000 fr.);

M. le Dr Dumaz, directeur-médecin de l'asile de Dijon, est nommé directeur-médecin de l'asile de Bassens, et maintenu dans la 1re classe de son grade (7,000 fr.).

— *Arrêté du* 14 *avril* 1889 : M. le Dr Kéraval, en disponibilité, est nommé médecin adjoint à l'asile de Ville-Evrard, et placé dans la classe exceptionnelle de son grade (4,000 fr.).

— M. le Dr G. Lemoine, professeur agrégé de la Faculté de Lille, médecin adjoint de l'asile de Bailleul, a été nommé correspondant de la Société de psychologie physiologique de Paris (séance du 25 février 1889).

NÉCROLOGIE

Dr Bayle. — Nous avons le regret d'annoncer la mort prématurée de notre confrère le Dr Bayle, décédé subitement le 25 février dernier à l'âge de quarante-quatre ans.

Né le 14 février 1845, à Bujeat (Corrèze), Bayle avait fait ses études médicales à Paris et suivi les cliniques de Bicêtre en qualité d'interne. Reçu docteur, il pratiqua pendant quelque temps la médecine dans son pays natal; puis, la situation de médecin de l'asile privé de la Collette étant devenue vacante, il l'obtint. En 1883, il fut nommé médecin en chef de l'asile de Bailleul; puis après quelques années d'interruption, il rentra dans le service des aliénés, le 30 juin dernier, comme directeur-médecin de l'asile de Fains (Meuse). Notre regretté collègue a su s'acquérir l'estime de tous, dans les divers postes qu'il a occupés.

Dr Paul Bricon. — Le Dr Paul Bricon, qui vient de mourir dans sa quarante et unième année, était conservateur du musée anatomo-pathologique de Bicêtre. Depuis plusieurs

©BIUM

années, il était l'élève et le collaborateur le plus assidu de notre collègue, M. Bourneville. Outre sa thèse de doctorat : *Du traitement de l'épilepsie*, il a publié de nombreux mémoires, soit seul, soit en collaboration avec son maître. La plupart traitent de questions relatives à l'idiotie ou à l'épilepsie.

La Société médico-psychologique avait proposé pour le prix Belhomme à décerner en 1886, la question suivante : *Sur l'idiotie et de préférence sur les lésions anatomiques des centres nerveux dans l'idiotie;* le Dr Bricon concourut et le prix fut décerné à son mémoire, excellent à tous égards.

Ce regretté confrère était un travailleur infatigable, un esprit ouvert à tous les progrès ; il laisse de profonds regrets à tous ceux qui l'ont connu et qui ont pu apprécier son intelligence et son caractère.

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine, dans sa séance du 5 mars 1889, a reçu communication de la liste des mémoires et ouvrages envoyés pour les concours des prix à décerner à la fin de cette année ; dans sa séance du 12 mars, elle a nommé les commissions de ces prix. Nous donnons ci-après les renseignements concernant la médecine mentale et nerveuse.

PRIX DE L'ACADÉMIE. — Question : *Physiologie du nerf pneumogastrique.*

N° 1. Devise : « Il ne faut jamais faire d'expériences pour confirmer ses idées, mais simplement pour les contrôler. » (Claude Bernard.)

N° 2. Devise : « *Vidi quod scripsi.* »

Commission : MM. Marey, Luys, François-Franck.

PRIX ALVARENGA DE PIAUHY (Brésil). — Ce prix sera distribué à l'auteur du meilleur mémoire ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine.

N° 1. Pseudesthésie optique épidémique (Metz, 1871), par M. le Dr Pierron, de Pont-à-Mousson.

N° 3 L'hystérie pulmonaire, par M. le Dr Léon Petit, de Paris.

Commission : MM. Peter, Besnier, Robin.

PRIX CIVRIEUX. — Question : *Des troubles de la sensibilité dans le tabes.*

N° 1. Devise : « Que les heures sont longues à la douleur qui veille. »

N° 2. Devise : « *Omnia labore.* »

N° 3. Devise : « Duo medicinæ cardines ratio et observatio. » (Hippocrate.)

©BIUM

N° 4. Devise : « La science réelle ne vit pas de suppositions, mais de faits bien observés. » (Joulin.)

N° 5. Devise : « Guérir quelquefois, soulager et consoler toujours. »

Commission : MM. Potain, Bouchard, Damaschino.

Prix Vernois. — Ce prix, qui est unique et annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

N° 4. L'alcoolisme. Etude médico-légale, par M. le Dr Monin, de Paris.

Commission : MM. Brouardel, Trasbot et Proust.

LES ASILES JOHN BOST, A LAFORCE (DORDOGNE)

C'est en 1848 que John Bost, fils d'un pasteur, pasteur lui-même d'un village de la Dordogne, commença sa remarquable œuvre philanthropique qui porte son nom. Il venait d'être nommé à Laforce, village situé à huit kilomètres de Bergerac, lorsqu'il fonda, avec les ressources de la charité privée, sa première œuvre de bienfaisance, *La Famille*, destinée à recevoir les jeunes filles abandonnées ou orphelines. A cette première œuvre qui obtint un succès incontesté, devaient bientôt s'en joindre d'autres destinées à soulager des souffrances physiques diverses, telles que l'idiotie et l'épilepsie.

Voici l'origine de l'asile pour les idiots. Un jour un des amis du pasteur lui adressa un enfant dont la mère était en prison et le père disparu. « Dans le vestibule, raconte John Bost lui-même, j'aperçus à un angle, par terre, une masse informe : c'était la pauvre idiote ; à l'autre coin, ma servante, debout et stupéfaite. La voiture était repartie avec la personne qui avait amené l'enfant. On courut prévenir les directrices de la Famille. Je les laissai procéder à la toilette de l'enfant. Quelle œuvre ! Lorsque je rentrai, deux heures après, je trouvai l'idiote couverte de vêtements propres et la tête rasée. Elle était étendue dans le corridor, dont elle couvrait le plancher de sa bave. Ma domestique me regardait, mais non pas en face. La Famille avait reçu par exception une première idiote ; je me trouvais nanti d'une seconde ; n'était-ce pas un appel de Dieu à fonder un nouvel asile ? Mais où ? Dans mon presbytère si souvent visité par les amis étrangers qui admiraient l'exquise propreté de ma petite demeure ? Je réfléchis un moment, puis j'appelai : « Ton ! » c'était le nom de ma servante. « Monsieur ! » La conversation en resta là ; mais Ton fondit en larmes ; elle m'avait compris.

« Le lendemain, les deux idiotes étaient installées au presbytère ; la mère de Ton vint loger chez moi et consentit à les

©BIUM

recevoir dans sa chambre, partageant avec sa fille les soins à leur donner. Je me chargeai de leur éducation. »

John Bost devait faire plus. Comme de tous les côtés lui arrivaient de petites infirmes du même genre, il entreprit la création d'un second asile, destiné aux jeunes filles infirmes ou incurables, aveugles ou menacées de cécité, aux idiots, imbéciles ou faibles d'esprit. La direction se recruta parmi les élèves de la Famille, et le 1er janvier 1855, Béthesda fut ouvert.

L'inépuisable charité du pasteur ne s'arrêta pas en si bon chemin. Nous ne saurions mieux faire pour montrer les efforts de cet homme de bien pour compléter son œuvre que d'en emprunter le récit à un intéressant article publié dans le *Journal des Débats* (n° du jeudi 21 février 1889) :

« Les garçons ne valent-ils pas les filles? » tel fut le cri d'un pauvre incurable que son protecteur avait vainement voulu faire admettre à Laforce. Cependant le pauvre garçon était bien à plaindre : accablé de mauvais traitements par sa famille et repoussé des rues de Nîmes par la police qui le trouvait trop hideux pour le laisser circuler sur les places, ses boîtes d'allumettes à la main. La plainte du pauvre infortuné parvint jusqu'au cœur de M. Bost, et il envoya l'ordre de l'expédier aussitôt. Sa fidèle servante lui trouvait l'air tout joyeux, et elle s'aventura à demander : « Monsieur a-t-il reçu une bonne nouvelle? — Non, ma fille; mais, si vous saviez, je me suis décidé... — A admettre ces pauvres garçons? J'étais bien sûre que monsieur finirait par en arriver là. »

« Huit jours plus tard, l'incurable de Nîmes arrivait accompagné bientôt par un cul-de-jatte, un orphelin infirme et un paralytique; tous quatre envahirent le presbytère, toujours la première étape des malheureux voyageurs. Le pasteur travaillait déjà à leur assurer un domicile plus commode; mais les demandes d'admission étaient si nombreuses qu'il fallut presque aussitôt approprier à l'usage des hommes idiots et des incurables une maison nommée Siloé, assez grande pour recevoir encore aujourd'hui les quatre-vingt-quatre pensionnaires qui y trouvent un refuge. L'asile de Siloé est placé dans la riche plaine de la Dordogne, et l'air pur qu'y respirent les malades est le seul remède vraiment efficace pour leurs maux. Le directeur et la directrice qui ouvrirent alors l'asile sont encore aujourd'hui à la tête de l'établissement, secondés par un instituteur, car tous les incurables ne sont pas idiots et, dans la visite que j'ai faite à Béthesda comme à Siloé, j'ai été frappé de l'intelligence qui brillait dans les yeux de plus d'un infirme, traîné dans son fauteuil roulant par les soins affectueux de quelque idiot.

©BIUM

« Parmi les pauvres idiots envoyés de tous les coins de la France, plusieurs étaient atteints d'épilepsie, sans que leurs protecteurs eussent d'avance prévenu M. Bost. Les crises de ce mal terrible éclataient à Béthesda comme à Siloé, au milieu des salles, dans les jardins, terrifiant les malades sans qu'il fût possible d'isoler promptement les malheureux qui y succombaient.

« Coup sur coup, dans les deux asiles, la nécessité apparut impérieuse de créer un lieu de refuge particulier pour les épileptiques. Cependant, pour la première fois, M. Bost était inquiet ; il craignait de lasser la charité de ses amis. Il établit de son mieux les épileptiques dans deux petites masures rapidement appropriées à cet effet, il partit pour Paris et se rendit tout droit au temple de l'Oratoire où il avait donné rendez-vous aux personnes qui l'avaient le plus fidèlement soutenu. Dès les premières paroles, il s'aperçut qu'il ne s'était pas trompé, il lisait dans tous les yeux une même pensée : C'en est assez ! Plusieurs personnes se levèrent ; un murmure courait dans les rangs. Alors, saisi d'une émotion indescriptible, tendant vers l'auditoire ses mains charitables qui n'avaient jamais repoussé les malheureux que Dieu lui adressait, il s'écria avec des larmes dans la voix et dans les yeux : « C'est pour les épileptiques, pour les pauvres épileptiques ! »

« Il avait vaincu ! L'émotion qui l'agitait avait gagné tous les assistants ; plusieurs personnes souscrivirent, séance tenante, des sommes considérables, et en sortant, dans les corridors sombres du Temple, il rencontra une dame qui lui dit : « Je n'ai rien à donner que mon temps ; si vous voulez m'accepter comme directrice, je partirai avec vous. »

« La charité avait consacré définitivement les deux asiles d'épileptiques, Eben-Hézer et Béthel, construits en vue de leur destination spéciale avec une connaissance profonde des misères qu'ils sont destinés à abriter jusqu'à la mort. Cinquante pensionnaires sont reçus dans chacun d'eux.....

...Mais « dans les deux asiles des épileptiques comme dans ceux des idiots, commençait à se manifester le naturel progrès des maux dont souffraient les pauvres pensionnaires, si bien qu'un certain nombre d'entre eux devenaient dangereux pour leurs compagnons. Une nouvelle pensée surgit dans l'esprit toujours si fécond de M. Bost : elle fut presque aussitôt comprise et encouragée par l'inépuisable charité de ceux qu'il avait su entraîner par son exemple. Deux asiles nouveaux indépendants, destinés à recevoir les idiots gâteux et épileptiques des deux sexes, étaient évidemment nécessaires. L'un, destiné aux femmes, qui porte le nom de la Miséricorde, fut l'œuvre personnelle de deux vieilles sœurs de Bergerac, qui y consacrèrent

©BIUM

presque toute leur fortune, à la seule condition que leur nom ne serait inscrit nulle part. M. Bost fit appel à ses amis de Suisse et d'Angleterre, et la Compassion suivit de près la Miséricorde.

« Dans ces tristes asiles, parmi les soixante-quinze pensionnaires qui les habiteront jusqu'à leur mort, toute trace d'intelligence a disparu, les besoins et les habitudes de la brute ont remplacé l'étincelle divine. Ils semblent parfois, cependant, ressentir quelque affection pour ceux qui les comblent de soins dont on ne peut comprendre le prix et le mérite que lorsqu'on a soi-même éprouvé la répugnance qu'inspirent ces déplorables restes de l'humanité malheureuse.

« Ils sont soignés cependant, tous ces infortunés, et souvent gratuitement, avec un dévouement aussi persévérant que désintéressé, et cette charité inépuisable dont M. Bost avait su pénétrer son personnel tout entier, il l'a léguée à son successeur, passionnément fidèle à son esprit. Il avait lui-même désigné M. le pasteur Rayroux pour le seconder, lorsque ses forces vinrent à décliner en 1881, bien assuré qu'entre ses courageuses mains la tâche serait poursuivie au nom du même Dieu et avec le même zèle infatigable.

« 550 personnes sont réunies dans les neuf asiles de Laforce, elles sont entretenues par un miracle perpétuel de la charité avec une dépense annuelle de près de 200,000 fr. Comment y subvient-on ? Un chiffre élevé de pensions est payé par les protecteurs des malades ; des Associations charitables, des groupes d'amis quelquefois, des individus riches et bienfaisants se sont chargés de fournir la nourriture à certains jours de l'année. Les dons généreux et les legs n'ont jamais manqué à l'établissement, reconnu d'utilité publique en 1877, longtemps après que son fondateur avait été honoré par l'Académie française du grand prix Montyon. Mais les besoins de cette population de misérables sont grands et la vue des efforts accomplis doit encourager, bien loin d'arrêter, ceux qui éprouvent quelque compassion pour les maux les plus extrêmes de la pauvre humanité. »

Malgré les efforts et les dépenses de l'Assistance publique, le nombre est grand encore des déshérités de l'intelligence, et des malades atteints d'affections nerveuses, qui ne sont ni secourus, ni traités. On ne saurait donc assez approuver, admirer même, ces prodiges de l'initiative privée, parvenant, grâce à des dons volontaires, à créer des asiles et des hospices où de nombreuses misères physiques et morales sont soulagées. A ces titres, l'œuvre du philantrophe John Bost méritait d'être signalée dans les *Annales médico-psychologiques* qui, depuis leur fondation, n'ont cessé de s'intéresser à toutes les questions

©BIUM

concernant l'assistance des aliénés, des idiots et des épileptiques.

LE MARTYROLOGE DE LA PSYCHIATRIE (*suite*).

Depuis la publication, dans le dernier numéro des *Annales*, de l'article de M. Hospital, paru sous ce titre, en forme de chronique, un drame, identiquement semblable au premier qui s'y trouve relaté, a eu pour théâtre l'asile Saint-Pons, près de Nice. Le 22 février 1889, à 10 heures du matin, le sieur J.-B. Robbin, âgé de cinquante-trois ans, surveillant dans cet asile, conduisit quelques malades à l'enclos, lorsque, sur une observation, l'un d'eux lui a asséné un coup de trident sur la tête. La lésion était identique à celle reçue par le malheureux Montel, et la mort a été également instantanée. Le meurtrier, depuis longtemps dans l'asile, s'était toujours fait remarquer par sa *douceur* et sa *bonne conduite*. Il a été immédiatement se constituer prisonnier chez M. Planat, médecin en chef de l'établissement.

LES BUVEURS D'ÉTHER EN IRLANDE

On lit dans la *Semaine médicale* (n° du 3 avril 1889) :

L'Irlande qui est déjà un des pays les plus ravagés par l'alcoolisme, a presque la spécialité d'une autre intoxication, celle des buveurs d'éther.

Cette pernicieuse habitude est même si répandue dans certains comtés, tels que ceux de Londonderry et Tyrone, que le synode de l'église irlandaise a cru devoir, lors de sa dernière réunion, adresser au Parlement une pétition tendant à obtenir une réglementation du trafic de l'éther et des mesures propres à restreindre ce nouveau genre d'ivrognerie.

Interrogé la semaine dernière à la Chambre des Communes sur la suite donnée à cette pétition, le secrétaire pour l'Irlande a répondu qu'elle avait été prise en considération, attendu que l'abus de l'éther en Irlande n'était que trop réel et que, dans le district de Londonderry, notamment, cette intoxication était, au dire des médecins résidents, une cause fréquente d'admission dans les asiles d'aliénés.

FAITS DIVERS

Interdiction des séances publiques d'hypnotisme à Marseille. — Le *Temps* publie, dans son numéro du 6 avril 1889, la dépêche suivante :

Marseille, 5 avril, 11 h. 30.

« Le maire a pris hier soir l'arrêté suivant :

Considérant que les séances publiques d'hypnotisme et de

©BIUM

suggestion portent atteinte à la santé et à la morale publiques; que ces séances ont donné lieu, ces jours derniers, à des scènes de désordre graves;

Vu la loi du 5 avril 1884, art. 97;

Arrêtons :

Art. 1er. Toutes les séances publiques d'hypnotisme et de suggestion sont et demeurent interdites.

Conséquemment, les expériences de M. Donato succédant à M. Pickmann sont supprimées. »

Congrès annuel des aliénistes des États-Unis. — Le Congrès annuel des médecins et directeurs des asiles d'aliénés d'Amérique, qui devait avoir lieu en mai, à Chicago, se tiendra au contraire à Newport, et sera renvoyé au mois de juin. Cette modification est nécessitée par la maladie de deux membres du comité d'organisation.

Séquestration d'un aliéné à domicile. — On nous télégraphie de Sassari, 13 avril :

A la suite d'une perquisition opérée hier dans une maison du village de Cossoine, par le juge d'instruction de Sassari, on a découvert qu'un pauvre jeune homme, Jean Carbone, depuis plusieurs années atteint d'aliénation mentale, était martyrisé par ses propres parents d'une façon barbare et inhumaine.

Depuis plus d'une année, ce malheureux avait été enfermé dans une humide et très étroite chambre sur terre-plein. On en avait muré la porte d'entrée ne laissant qu'un petit soupirail solidement fermé et armé de pointes aiguës, tournées vers l'intérieur, de façon à prévenir toute tentative d'évasion. Une fenêtre qui existait donnant sur la campagne avait été barricadée avec des tiges de fer.

L'air pénétrait à peine dans l'infect réduit où gisait le patient nourri d'un peu de fèves et de pain qui lui étaient jetés de temps à autre, comme à une bête fauve, à travers le soupirail décrit plus haut. On se demande comment l'infortuné a pu résister aussi longtemps à ses tortures au milieu des immondices accumulées dans son cachot!

Le magistrat, après avoir opéré l'arrestation des parents, a fait admettre leur victime dans un hospice! — S. (*Le Petit Marseillais*, n° du 14 avril 1889.)

Projet de création de manicomes judiciaires, en Espagne. — On lit dans le numéro de février de 1889, de la *Revista clinica de los hospitales* de Madrid :

« Le projet de création de manicomes judiciaires qui se discute actuellement au Sénat et à la discussion duquel ont pris part les illustres médecins qui siègent dans la Chambre

©BIUM

Haute, aura, à notre avis, un résultat favorable; il y a lieu d'espérer que nous verrons établir dans notre pays un service si important et si nécesaire, étant donnés les progrès de la phrénopathie et le nombre des criminels auxquels convient mieux le nom de fous. Nous faisons des vœux pour qu'il en soit ainsi et pour qu'une réforme si utile à l'humanité et aux tribunaux ne reste pas à l'état de projet, ce à quoi, malheureusement, nous ne sommes que trop accoutumés. »

ENSEIGNEMENT

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. le Dr AUGUSTE VOISIN a repris ses conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le dimanche 10 mars, à 9 h. 1/2 du matin, et les continue les dimanches suivants, à la même heure.

ÉCOLE PRATIQUE DES HAUTES ÉTUDES. — M. JULES SOURY, maître des conférences près la section des sciences historiques et philologiques, a repris son cours le lundi 29 avril. Il traitera, les lundis à 4 h. 1/2, *de la stucture et des fonctions de l'insula de Reil.* Les vendredis, à la même heure, il fera l'histoire *des théories de la microcéphalie.*

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — M. le Dr LUYS reprendra son cours à l'hôpital de la Charité, le jeudi 9 mai, à dix heures, dans l'amphithéâtre du premier étage. — Ce cours aura pour objet les maladies du système nerveux et les applications thérapeutiques de l'hypnotisme. — Les personnes qui désirent y ossister ne seront admises que sur la présentation d'une carte d'entrée. On est prié de s'inscrire chez le concierge.

Pour les articles non signés : ANT. RITTI.

©BIUM

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE IXe VOLUME DE LA SEPTIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. — Chronique.

Pages.

Martyrologe de la psychiatrie; par le Dr Hospital. 177

Lettre d'Amérique : L'assistance et l'hospitalisation des aliénés dans l'Etat de Michigan (Etats-Unis). Système des cottages; par le Dr C.-B. Burr. 189

II. — Pathologie.

De l'antagonisme des idées délirantes chez les aliénés. L'attaque et la défense. Le bien et le mal. Le dédoublement de la personnalité; par le Dr J. Séglas et P. Bezançon 5

Leçons cliniques sur la folie de la puberté; par le le Dr A. Mairet. . . . . .

Deuxième leçon : Stupeur lypémaniaque . . . . . 34 et 209

Troisième leçon : Manie choréique. 353

Doit-on dans la classification des maladies mentales assigner une place à part aux pseudo-paralysies générales ? par le Dr J. Baillarger 196

Syphilis cérébrale chez un héréditaire dégénéré. Lésions méningitiques prédominantes avec néoplasmes multiples. Signes différentiels d'avec la paralysie générale ; par le Dr Ramadier et Barazer 227

La pellagre chez les aliénés; par le Dr Henry Bonnet 372

III. — Archives cliniques.

29. — Symptômes de paralysie générale; aucune lésion de la paralysie générale à l'autopsie ; par le Dr Ph. Reyl. 234

©BIUM

IV. — Thérapeutique.

Pages.

Du sulfonal et de la valeur de son emploi comme hypnotique chez les aliénés; par le Dr Samuel Garnier. . . . . 48 et 239

Considérations générales sur le traitement des aliénés. Quinze années d'expérience dans la direction d'un asile d'aliénés; par le Dr J. A. Campbell 381

V. — Médecine légale.

Aliénation mentale méconnue. Soupçon de simulation; par le Dr H. Dagonet 406

VI. — Revue critique.

Thérapeutique alimentaire appliquée au traitement des aliénés. par le Dr A. Lailler 68

La folie chez les cardiaques; par le Dr V. Parant. 419

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I.— Société médico-psychologique.

Séance du 29 *octobre* 1888. — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Bourdin, Legrain, Lagrange, Pichon, Espiau de Lamaëstre, Gilbert Petit, Dericq, Blocq, H. Schüle, Lefebvre, Semal, Peeters, Bettencourt-Rodrigues, Falret. — Election de M. Espiau de Lamaëstre comme membre honoraire. — Rapport de M. Vallon sur la candidature de M. Donnet : élection.— Rapport de M. Rouillard sur la candidature de M. Popoff : élection. — Rapport de M. Dupain sur la candidature de Mme de Gorsky : élection.— Election du Comité d'organisation du Congrès international de médecine mentale de 1889.— Les dangers de l'hypnotisme : MM. Séglas, Briand, Aug. Voisin. — Classification des maladies mentales (*suite*) : MM. Aug. Voisin, Marandon de Montyel. 92

Séance du 26 *novembre* 1888. — Correspondance et présentations d'ouvrages : Mme de Gorsky, MM. Donnet, Popoff, Ramadier, Berthelot, Biaute, Régis, H. Schüle.— Rapport de M. Pichon sur la candidature de M. Gilbert Petit : élection. — Rapport de M. Dupain sur la candidature de M. Dericq : élection. — Rapport de M. Moreau (de Tours) sur la candidature de M. S. Venturi : élection. — Rapport du Comité d'organisation du Congrès international de médecine mentale : M. Ritti.— Guérison d'un cas

©BIUM

Pages.

de morphinomanie chez un jeune homme de vingt-quatre ans, par la suppression brusque : MM. Christian, Ball, Ritti, Briand, Legrain, Ballet, Garnier, Pichon, Riu, Vallon, — Classification des maladies mentales (*suite*) : M. H. Dagonet 130

Séance du 24 décembre 1888.— Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Calmeil, Samuel Garnier, Domingo Cabred, Chambard, Charpentier, Déricq, G. Petit, Venturi, Paul Garnier, Magnan, Blaise.—Election de M. Calmeil comme membre honoraire. — Rapport de M. Legrain sur la candidature de M. Ramadier : élection. — Election du bureau pour l'année 1889. — Classification des maladies mentales (*suite*) : M. Luys. — Un paralytique général parricide : MM. Camuset, Marandon de Montyel, Paul Garnier, Legrain, Vallon, Briand. 260

Séance du 28 janvier 1889. — Installation du bureau : MM. Cotard, Ball. — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Calmeil, Ramadier, Febvré, Ritti, Cotard. — Nomination des Commissions des prix Esquirol et Belhomme. — Rapport de la Commission du prix Aubanel : M. Séglas. — Rapport de la Commission des finances : M. Mitivié. — Rapport de M. Christian sur la candidature de M. Samuel Garnier : élection. — Rapport de M. Legrain sur la candidature de M. Blaise : élection. — Rapport de M. Marandon de Montyel sur la candidature de M. Massalongo : élection. — Projet de discussion sur les dangers de l'hypnotisme expérimental et de la suggestion : M. Chambard. — Note sur le sulfonal : MM. Pachoud et Claret, Aug. Voisin, Séglas. 280

Séance du 25 février 1889. — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Guignard, Samuel Garnier, Roberto-Massalongo, Funaioli, Raimondi, Legrain, — Congrès international de médecine mentale : MM. Ritti, Magnan. — Rapport de M. Christian sur la candidature de M. Febvré : élection. — Rapport de M. Rouillard sur la candidature de M. Domingo Cabred : élection. — Du cocaïnisme. Contribution à l'étude des folies toxiques : MM. Saury, J. Séglas, Paul Garnier, Pichon, Magnan. — Note sur un cas de démence consécutive à l'intoxication oxycarbonée : MM. Raffegeau, Bouchereau, Vallon, Pichon, Paul Garnier, Briand, Rouillard. — Observation d'une femme devenue aliénée à la suite de pratiques d'hypnotisme : M. S. Lwoff. 434

Séance du 25 mars 1889. — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Febvré, Chambard, Arnaud, Silvio Venturi, Sollier, Ladame, Journiac. — Rapport sur le prix Belhomme : M. Ch. Vallon. — Rapport sur un travail de MM. Funaioli et Raimondi sur le sulfonal : M. Moreau (de Tours). — Classification des maladies mentales (*suite*) : MM. Paul Garnier, Ritti, Ball. — Des dangers du sulfonal : MM. Marandon de Montyel, Aug. Voisin, Rouillard, Séglas. 471

©BIUM

QUARANTE-DEUXIÈME CONGRÈS ANNUEL DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS ALIÉNISTES DES ÉTATS-UNIS.

(Compte rendu par le Dr V. PARANT.)

Pages.

Session tenue à Fortress Monroë (Virginie), du 15 au 19 mai 1888.— Influence du traumatisme sur la production et la guérison de la folie : MM. Talcot, Fisher, Hill, Hurd, Channing, Twitchel. — La paranoia dans ses rapports avec les hallucinations de l'ouïe : MM. Fisher, Hill, Hurd, Stearns. — Imbécillité avec aliénation mentale : M. Hurd. — Trois affaires médico-légales : MM. Andrews, Hurd, Nichols, Channing, Fisher, Gundry, Godding, Everts. — Etendue qu'il convient de donner aux asiles publics d'aliénés : M. Dewey.— Utilité pour les médecins en général de mieux connaître la folie : MM. Hill, Lee. — Bases du recrutement des asiles d'aliénés : MM. Russel, Park. — Tact dans le traitement des aliénés : MM. Richardson, Gundry 306

II. — Revue des journaux de médecine.

JOURNAUX ANGLAIS (1886).

(Anal. par M. le Dr PONS.)

De la législation des aliénés en Irlande. 496
Projet d'un asile public avec possibilité d'agrandissement. . . . 498
Une récente visite à Gheel 500
Poids anormal d'un cerveau de paralytique général 502
Deux cas de mélancolie. 502
Pachyméningite et accès de manie 503
Note clinique sur les hémorrhagies dans la paralysie générale . . 504
Contro-stimulation dans la paralysie générale. 505

JOURNAUX AMÉRICAINS (1883).

(Anal. par M. le Dr ALBERT CARRIER.)

Progrès récents de la pathologie du système nerveux. 322
Rapports médico-légaux de l'épilepsie 323
Bâtiments agglomérés ou séparés pour les fous. 324
Démence paralytique chez les femmes. 325
Frontières de la psychiatrie. 326
Fonctions du cervelet. 326
Capacité testamentaire 327
Psychonévroses des mangeurs d'opium. 328

©BIUM

Pages.

Migraine. 330
Alcoolisme et imbécillité. 332
Folie morale affective ou psycho-sensorielle. 333
Frontières de la folie 333
Pathogénie de la chorée. 334
Cas d'altération morbide du sens moral 335
Assistance publique des aliénés et direction des asiles 335
Hébéphrénie accompagnée d'épilepsie chez une jeune fille de seize ans. 335
Psychologie physiologique 336
Folie du doute et mysophobie. 337
Curabilité de l'ataxie locomotrice. 337
Progrès récents dans les maladies nerveuses 338
Aphasie et autres troubles du langage dans les maladies du cerveau. 339
Définition de la folie 339
Contagion mentale dans l'ivresse. 340
Propriété de l'alcool qui engage les névropathes à boire. 340
Lésion par contre-coup de l'aire motrice du cerveau. 341
Démence paralytique. 341
Cas de manie aiguë. 341
Folie et crime. 342

III. — Bibliographie.

Rapport sur l'asile de Meerenberg (Hollande) pour l'année 1886; par le Dr J. van Persijn, directeur médecin en chef (Anal. par le Dr Germain Cortyl). 163

Art. Hallucination du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales;* par le Dr J. Christian (Anal. par le Dr H. Mabille). . . 506

Manuel des expertises médicales en matière criminelle, à l'usage des magistrats instructeurs et des officiers de police judiciaire; par le Dr Henry Coutagne (Anal. par le Dr Ant. Ritti) 510

Bulletin bibliographique . . . . . 164, 342 et 512

IV. — Variétés.

Nominations et promotions : MM. Mairet, Gilbert Ballet, Brissaud, Belous, Arnaud, Rouillard, Nolé. — Nécrologie : Dr Cavalier. — Prix de l'Académie de médecine. — Statuts et programme du Congrès international de médecine mentale. — Concours d'admissibilité aux emplois de médecins adjoints des asiles publics d'aliénés. — Décret restrictif contre l'admission des aliénés dans les asiles privés en Prusse. — La clinique psychiatrique de Moscou.

©BIUM

Pages.

— Enseignement : MM. Magnan, Th. Ribot, Jules Soury 167

Nominations et promotions : MM. Horric, Mirepoix, Chaslin, Pottier, Vallin, Journiac, Chaumier, Barthomeuf, Sizaret, Sérieux, Arnaud, Combemale, Gosselin, Camuset, Broquère, Pichenot, Belletrud. — Nécrologie : Dr Reignier. — Prix de l'Académie de médecine. — Congrès international de médecine mentale. — Congrès international de psychologie physiologique. — Conférence sur la folie dans le théâtre de Shakespeare. — Une phase de la vie russe. — Faits divers. — Enseignement : M. Rouillard. — Prix de la Société médico-psychologique 343

Nominations et promotions : MM. Chambard, Boudrie, Dumaz, Kéraval, G. Lemoine. — Nécrologie : Bayle, Paul Bricon. — Prix de l'Académie de médecine. — Les asiles John Bost, à Laforce (Dordogne). — Le martyrologe de la psychiatrie *(suite)*. — Les buveurs d'éther en Irlande. — Faits divers. — Enseignement : MM. Rouillard, Jules Soury, Luys. 513

Table des matières du neuvième volume de la VIIe série. 523

509. — Paris. Typographie Gaston Née, rue Cassette, 1.