

Bibliothèque numérique



**Annales médico-psychologiques**

*n° 10. - Paris: Masson, 1889.  
Cote : 90152, 1889, n° 10*



(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)  
Adresse permanente : <http://www.biium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?90152x1889x10>

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





# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUÉILLIR 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 DIXIÈME**

QUARANTE-SEPTIÈME ANNÉE

**90152**

PARIS

**G. MASSON, ÉDITEUR**

LIBRAIRE DE L'ACADEMIE DE MÉDECINE

120, boulevard Saint-Germain, 120

—  
**1889**





ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES  
JOURNAL  
DE  
L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Pathologie.



SÉMÉIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

DES IDÉES DE NÉGATION

LES ALTÉRATIONS DE LA PERSONNALITÉ  
DANS LES DÉLIRES MÉLANCOLIQUES

Par le Dr J. SÉGLAS,

Médecin-suppléant de la Salpêtrière.

Parmi les nombreuses idées délirantes que peuvent émettre les aliénés, il en est une variété bien curieuse, encore peu étudiée jusqu'à ces dernières années dans ses manifestations multiples ; ce sont les idées de négation.

Les aliénés négateurs n'ont pas de nom, pas d'âge ; ils n'ont pas de famille, pas de sentiments, pas d'organes ; ils nient tout, l'existence du monde extérieur et souvent même la leur propre.

Ces idées de négation se présentent chez divers malades sous des aspects assez différents pour que l'on puisse en distinguer plusieurs variétés, suivant leur objet ou suivant leurs caractères généraux intrinsèques.

Tantôt, en effet, c'est la constitution physique, la structure, les fonctions, l'existence des différents organes du corps qui sont l'objet des idées de négation. Ce sont là les idées hypocondriaques de négation : les malades disent que leurs organes ne fonctionnent plus comme avant (le sang ne circule pas, le cœur ne bat pas, etc.), ou même sont détruits (ils n'ont plus de sang, de cœur, de langue, d'estomac, de cerveau, etc.).

D'autres fois la négation s'étend aux facultés intellectuelles et ces malades se plaignent de n'avoir plus d'intelligence, de ne pouvoir ni penser, ni sentir, ni agir.

Dans d'autres circonstances, ce sont les personnes qui l'entourent ou les choses du monde extérieur qui sont l'objet des négations du malade. Il n'a plus de famille, ses amis ne sont plus ses amis, il nie la nature ou l'existence des choses qui l'environnent.

Souvent même ces négations n'intéressent pas seulement les objets ou les êtres, mais s'étendent même à des abstractions.

Des distinctions analogues pourraient être faites dans les idées de négation, si l'on considère leurs caractères intrinsèques. Tout d'abord, elles peuvent n'exister que sous l'une des formes que nous venons de signaler ou, au contraire, sous toutes à la fois, et la négation peut ainsi être partielle ou généralisée. D'un autre côté, considérées en elles-mêmes et dans leurs connexions réciproques, elles peuvent se présenter avec un caractère d'absurdité et d'incohérence manifestes ou, au contraire, avec toutes les apparences d'une véritable systématisation.

Parmi les maladies dans lesquelles on peut rencontrer

ces idées de négation, nous citerons d'abord la paralysie générale dont on les a regardées longtemps comme caractéristiques. C'est M. Baillarger qui a le premier attiré l'attention sur ce point et décrit chez les paralytiques généraux une forme spéciale de délire hypocondriaque avec idées de non-existence ou de destruction des différents organes. Le plus généralement les idées de négation sont partielles, ne s'adressant qu'à la constitution physique de l'individu, et se présentent avec les mêmes caractères d'incohérence et d'absurdité que l'on rencontre d'ordinaire dans les autres idées des paralytiques généraux.

Ces mêmes idées de négation peuvent se rencontrer dans la démence sénile, comme nous l'avons dit dans un article précédent et comme l'avaient déjà signalé Krafft-Ebing, Kraepelin, Schuele (1). Alors, elles sont épisodiques et secondaires à l'affaiblissement des facultés, ce qui leur donne le même cachet d'incohérence que les précédentes. — Mais il est d'autres cas où, lorsqu'on les observe chez le vieillard, elles sont plus systématisées, ce sont les faits où elles se présentent au cours d'un accès de mélancolie survenant tardivement chez un vieillard non dément. Nous en avons rapporté jadis un exemple. Nous ne faisons que signaler ces cas qui ne sont que des variétés de ceux que nous allons étudier maintenant.

La maladie dans laquelle se rencontrent dans tout leur développement les idées de négation, c'est la mélancolie ; et alors les idées de négation sont parfois généralisées, tellement prédominantes, tellement systématisées, qu'elles donnent à l'affection vésanique un caractère spécial et bien tranché. Bien que quelques

---

(1) J. Séglas. Les psychoses séniles et tardives, in *Progrès médical*, 1888.

faits isolés existassent déjà, épars ça et là dans les recueils scientifiques, c'est seulement dans ces dernières années qu'ils ont été étudiés dans leur ensemble par M. Cotard, qui décrivit à ce propos le délire des négations. Quelques observations nouvelles signalées depuis reproduisent les faits exposés dans la description de M. Cotard (1). Nous n'insistons pas pour le moment sur ce côté de la question, ayant l'occasion d'y revenir par la suite.

Un des points les plus intéressants à étudier, c'est la façon dont apparaît le terrain sur lequel se développe l'idée de négation ; en un mot, son origine.

Relativement à leur origine, on peut distinguer deux grandes classes d'idées délirantes, les primitives et les secondaires. Les primitives sont celles qui se développent d'emblée et semblent émaner, comme l'on dit, du fond de l'inconscient (Schötz) (2). Elles sont en rapport la plupart du temps avec le caractère et les tendances antérieures de l'individu, dont elles ne sont que l'expression délirante. Elles sont caractéristiques de certains délires, tels par exemple que les délires systématiques dits pour ce fait primitifs (Délires systématisés des persécutions).

Tout autre est le mode de développement des idées délirantes secondaires qui ne sont qu'une sorte d'interprétation de phénomènes morbides intéressant primitivement soit le côté psycho-sensoriel, soit le côté affectif et moteur de la vie psychique. C'est à cette dernière variété que nous paraît appartenir l'idée de négation.

(1) Cotard. *Le délire des négations*, in *Archives de neurologie*, 1882, et *Ann. méd.-psych.*, 1880. — J. Séglas. *Note sur un cas de mélancolie anxieuse avec délire des négations*, in *Arch. de neur.*, 1884. — Deny, in *Semaine médicale*, 1888.

(2) Voir à ce propos J. Séglas. *La Paranoïa!* in *Arch. de neurologie*, 1887, nos 37, 38, 39.

Dans toutes les maladies, en effet, où on la voit se développer, le trouble primordial est un changement dans le caractère de l'individu, qui n'est que la traduction au dehors d'une modification plus intime survenue dans son être psychique, dans le ton des sentiments, dans l'énergie volitionnelle. Au début, le malade a conscience de cet état, il se sent autre que par le passé; mais il ne tarde pas à perdre la notion du caractère subjectif des troubles qu'il ressent, et c'est alors qu'il trouve les choses extérieures autres qu'elles ne sont. Mais il ne faut pas s'y tromper: il n'y a pas là de troubles de la connaissance ; ce n'est qu'une tentative d'explication par le malade du changement survenu dans sa personnalité et dont souvent, par ce fait même, le caractère subjectif lui échappe.

Cette altération de la personnalité, qui est un fait capital dans ce genre de maladies mentales, mérite qu'on s'y arrête. Elle résulte des troubles du côté affectif et moteur de la vie psychique, qui sont la base même des troubles intellectuels à forme mélancolique, et sur lesquels Guislain, Griesinger surtout, et nombre d'auteurs à la suite, ont attiré l'attention.

Examinons brièvement quels sont les rapports qui existent entre la personnalité et la sphère des sentiments et de la volonté.

La personnalité humaine n'est, en résumé, qu'un complexus ; et c'est dans les phénomènes les plus élémentaires de la vie qu'il faut en chercher les premiers éléments. Si les sens externes sont l'origine principale de la connaissance, c'est le sens organique, le sens du corps, quelque vague qu'il soit d'ordinaire, qui est la base de l'individualité psychique (1).

(1) Cabanis. *Rapports du physique et du moral de l'homme*, 8<sup>e</sup> édition, 1844. — Hack-Tuke. *Le corps et l'esprit*, trad. de

Sensations organiques liées à la respiration, à la circulation générale ou locale, ou venant du canal alimentaire, de l'appareil génital, de l'état des muscles, sensibilité musculaire, sensations plus générales dépendant de l'état de la nutrition, etc.; telles sont les conditions physiques de la personnalité.

D'un autre côté, c'est en elles que prennent racine tous les états affectifs (désirs, sentiments, passions), depuis les simples tendances liées à la conservation de l'individu jusqu'aux plus élevées (sentiments moraux, religieux, esthétiques, etc.); et si chez les êtres inférieurs, les conditions physiques de la personnalité passent au premier rang, dans les formes supérieures de la vie mentale, au contraire, ce sont ces conditions affectives qui, bien qu'effets des premières, semblent avoir un rôle prépondérant; et c'est ainsi que l'on a pu dire que les éléments essentiels de la personnalité étaient la passion et la volonté.

La sphère affective a d'ailleurs une relation tout à fait étroite avec la sphère psycho-motrice. Non seulement tous les états émotionnels éveillent en nous des impulsions, soit pour lutter contre une entrave, soit pour obéir à une sollicitation; mais encore, et réciproquement, la production des émotions est bien plus facile par ce côté moteur de la vie psychique et le moi est bien plus affecté quand un penchant est entravé ou activé, que quand les mêmes états se produisent du côté de l'intelligence.

Il est dès lors facile de comprendre la part immense que prend dans la constitution de la personnalité humaine la sphère affective et psycho-motrice; mais il ne

Parant. — Bain. *Les sens et l'intelligence*, trad. de Cazelles. — Griesinger. *Traité des mal. ment.*, trad. de Doumic, p. 55. — Ball. *Leç. sur les mal. ment.*, p. 90 et suiv., p. 161 et suiv.

faut pas pour cela laisser de côté les éléments physiques.

En somme, comme l'a dit fort justement Maudsley (1) : « Chaque organe intérieur a une action spécifique sur le cerveau, action dont le résultat conscient est une certaine modification du mode ou du ton de l'esprit. Nous ne sommes point directement conscients de cette action physiologique en tant que sensation définie, mais ses effets n'en sont pas moins attestés par certains états dont nous ne pouvons nous rendre aisément compte. En réalité, ces effets organiques du consensus physiologique des organes déterminent notre nature affective ; son ton est le produit harmonique ou discordant de leurs rapports complexes et la quantité de force que nous développons, de même que les couleurs sous lesquelles nous voyons la vie ont en eux leur fondement. »

Voyons maintenant comment apparaissent les idées de négation et prenons pour cela les cas les plus complets, le délire des négations. M. Cotard a insisté sur ce fait que ce délire se développe toujours sur un fonds mélancolique antérieur à forme dépressive ou anxiuse.

Si, au point de vue psychique, les deux facteurs essentiels de la mélancolie sont les troubles des sphères affective et psycho-motrice, il ne faut pas oublier cependant pour cela qu'il n'est peut-être pas d'affection vésanique dans laquelle les symptômes physiques soient plus accentués et où l'action des causes déprimantes sur l'organisme joue un plus grand rôle. Troubles de la respiration, modification de l'état du sang, troubles vasomoteurs, perte de l'appétit, mauvais état de la nutrition, troubles des fonctions génitales, phéno-

(1) Maudsley. *La pathologie de l'esprit*. Trad. franç. de Germont, 1883, p. 33.

mènes d'épuisement nerveux, tels sont les symptômes d'ordre physique que l'on constate chez les mélancoliques avérés, mais qui existent déjà, moindres il est vrai, au début de l'affection et même dans les formes les plus simples, telle que l'hypocondrie morale. De ces troubles dans le domaine des fonctions organiques résulte un état de malaise général, d'abattement, d'affaiblissement du pouvoir et de l'activité volontaires, la crainte, les sentiments pénibles. Dans les cas de mélancolie ordinaire, ce sont ces derniers symptômes qui dominent la scène et sont plus apparents pour l'entourage et pour le malade même; car, d'un côté, les troubles émotionnels sont plus conscients que les troubles organiques qui leur servent de substratum et sur lesquels ils peuvent agir à leur tour et, d'un autre côté, la modification des réactions psycho-motrices sous l'influence du changement de la sphère affective est saisissable, même objectivement.

Mais tout conscients et évidents qu'ils puissent être, il ne faut pas oublier que ces troubles ne sont pas les seuls et que leur apparition a souvent été préparée de longtemps par les modifications organiques. Le fait est des plus nets chez une malade atteinte de délire de négation que nous observons actuellement et dont nous aurons l'occasion de reparler dans cette étude. Chez elle, il y avait *depuis trois ans* des troubles divers des fonctions organiques (anémie, palpitations, perte de l'appétit, phénomènes nerveux, leucorrhée) lorsqu'est survenu cet état de malaise vague, d'ennui, d'abattement, de tristesse, de crainte qui marque l'apparition des troubles psychiques.

Ces troubles psychiques du début se présentent en général sous l'aspect de l'hypocondrie morale, si parfaitement étudiée par notre savant maître, M. J. Falret, où le délire porte sur l'état des facultés morales et

affectives. « Les malades présentent d'abord le fond commun de la mélancolie, ils ont une anxiété vague et indéterminée... et une grande prostration des forces physiques et intellectuelles. Ils sentent que tout est changé en eux et au dehors et se désolent de ne plus apercevoir les choses à travers le même prisme qu'autrefois. Ils ont honte, ou même horreur, de leur propre personne et se désespèrent en songeant qu'ils ne pourront jamais retrouver leurs facultés perdues. Se croyant atteints d'une maladie incurable, contre laquelle on ne peut rien, ils regrettent leur intelligence évanouie, leurs sentiments éteints, leur énergie disparue : ils ont peur de devenir complètement aliénés et de tomber dans la démence et dans l'idiotisme. Devenus insensibles et indifférents à tout, ils prétendent qu'ils n'ont plus de cœur, plus d'affection pour leurs parents et leurs amis, ni même pour leurs enfants (1). »

Cette simple citation nous montre déjà chez ces malades cette disposition négative de l'humeur des mélancoliques, mise en relief par Griesinger. C'est une nouvelle atteinte portée à la personnalité par le côté émotionnel. A cette période, le malade est conscient du changement survenu en lui : « Autant j'étais gaie autrefois, nous écrivait la malade dont nous parlions tout à l'heure, autant je suis triste aujourd'hui ; autant j'avais d'énergie, autant je n'en ai plus ; toutes mes impressions se sont faites contraires. Pourquoi, si ce n'était pas comme je vous le dis, ne ressentirai-je ni le goût, ni le désir de retourner chez moi ? Pourquoi, lorsque tout le monde est complaisant et gentil pour moi, éprouver toujours un sentiment de honte, de gêne et de souffrance, qui, je le sens maintenant, durera toujours ? »

(1) J. Falret. La folie raisonnante ou la folie morale. *Ann. méd.-psych.*, 1866.

De même, les objets extérieurs ne produisent plus les mêmes impressions chez ces malades qui, cependant, les perçoivent nettement et peuvent ne pas être hallucinés (1). La même malade nous disait : « Autrefois quand j'entendais une cloche sonner l'*Angelus*, par exemple, cela me faisait plaisir ; aujourd'hui, cela me fait une impression désagréable. Je vois ; je souffrirais de ne pas voir, et ce que je vois ne me fait pas plaisir. »

Ces modifications dans la faculté de sentir altèrent profondément la constitution du moi et amènent progressivement le malade à douter de ses facultés affectives ou à les nier ; à douter des propriétés et de l'existence des objets extérieurs ou même à les nier, malgré le témoignage de ses sens (2).

Entre cet état d'hypocondrie morale dont nous avons déjà parlé ou la dépression mélancolique simple et les délires mélancoliques avec idées de ruine, de culpabilité, de damnation, de possession, de négation systématisée, il n'y a, comme le fait remarquer M. Cotard, qu'une différence de degré, ainsi que le montre d'ailleurs souvent l'évolution de la maladie dans les cas les plus complets.

A ce fonds d'hypocondrie morale sur lequel elles apparaissent, les idées de ruine empruntent un même caractère négatif. « En même temps que ses richesses morales et intellectuelles, le malade croit avoir perdu sa fortune matérielle, il n'a plus rien de ce qui fait l'orgueil de l'homme, ni intelligence, ni énergie, ni fortune. » (Cotard.) Ce caractère d'humilité du délire est en rapport avec la diminution de l'énergie psychique.

La douleur morale profonde qui est un des éléments

(1) Voir Esquirol. *Des mal. ment.*, t. I, p. 414.

(2) Voir à ce propos : Krishaber. *De la névropathie cérébro-cardiaque*, p. 222. — Taine. *De l'intelligence*, 3<sup>e</sup> édit., appendice du t. I.

psychiques essentiels de la mélancolie, amène aussi, par suite d'une sorte de tentative d'explication de la part du malade, des craintes d'accusation, des idées de culpabilité, de damnation, qui toutes, au fond, présentent les mêmes caractères que les précédentes (1).

D'un autre côté, l'affaiblissement de l'effort de la volonté se traduit par l'inaction, l'irrésolution, la résignation, l'impulsion si fréquentes chez cette espèce de malades. Et, comme le dit Griesinger (2), la conscience du changement produit dans leur individualité, amène souvent au début des efforts de réaction, des états anxieux. Mais dès qu'ils s'aperçoivent qu'ils ne peuvent sentir, penser, agir autrement qu'ils ne font, que la lutte leur est impossible, cet asservissement de la volonté, cet assujettissement du moi entraîne des idées de domination par une puissance supérieure, des idées de possession très ordinaires chez les aliénés négateurs. La transformation de la personnalité est alors plus évidente que dans les cas précédents, et les malades la traduisent souvent eux-mêmes en disant alors qu'ils se croient doubles.

Pour être moins apparent, ce dédoublement de la personnalité n'en existait pas moins dès le début. La personnalité réelle, avec sa masse énorme d'états plus ou moins conscients, se résume dans notre esprit en une tendance fondamentale, sorte de schéma, assez vague d'ailleurs, et que nous appelons l'idée de notre personnalité. Par suite des modifications cénesthétiques que nous avons signalées, il se forme un schéma nou-

(1) Leuret (*Fragm. psych.*, 1834, p. 423), regarde la perversion de la sensibilité et des sentiments affectifs chez les damnés comme le caractère essentiel de la maladie et précédant la croyance à la damnation...

(2) Griesinger. *Traité des maladies mentales*, trad. franç. de Doumic, 1865.

veau qui coexiste avec l'ancien dans la conscience des malades.

Il est bien rare qu'il y ait substitution complète d'une personnalité à une autre et que la deuxième n'hérite pas des dépourvus de la première, ne fût-ce que de certaines acquisitions devenues automatiques. L'ancienne mémoire organique subsiste toujours et revient à la conscience de temps en temps, par suite de quelque arrière-fonds qui lui est commun avec la personnalité nouvelle.

L'état de conscience actuel en évoque un semblable, mais qui a un autre accompagnement. Les deux paraissent miens quoiqu'ils se contredisent. Tels sont ces malades qui trouvent que tout reste le même, quoique tout soit changé (1). Quoiqu'il y ait en apparence deux personnalités, la scission n'est pas complète, elles ont des points communs et sont toujours jugées miennes par le sujet.

Dans les cas de possession, le dédoublement est plus complet ; la personnalité nouvelle est devenue étrangère au malade, il ne la juge plus sienne : il pense, sent, parle et agit comme s'il était double.

A part ces cas de possession qui sont un peu particuliers, tout ce que nous venons de dire jusqu'ici peut s'appliquer à la mélancolie en général. Voyons ce que peut présenter de plus spécial à ce point de vue le délire des négations qui passe d'ailleurs, en les parcourant plus ou moins rapidement, par les étapes successives que nous avons étudiées déjà. Chez ces délirants négateurs, les simples tendances négatives du début, portant surtout sur la sphère affective, deviennent des idées de négation universelle qui sont en rapport avec

(1) Ribot. *Les maladies de la personnalité*, 1885.

des altérations de plus en plus graves de la personnalité.

Nous avons déjà vu plus haut comment on pouvait interpréter les idées de négation des malades ayant trait à leurs propres facultés : par une modification survenue dans les conditions affectives de la personnalité. Cette même cause nous a montré aussi comment les objets extérieurs pouvaient produire sur le malade des « impressions contraires ». Les uns s'en bornent là, d'autres expriment la même impression par une formule négative.

Tout en reconnaissant l'existence et les attributs des objets, ils répondent cependant par la négative. Leur montre-t-on une rose, par exemple ? Ils disent : ce n'est pas une rose. On ne peut pas, dans ces cas, invoquer l'existence d'un trouble psycho-sensoriel pour expliquer l'idée de négation qui a toujours, même alors, sa source dans l'altération primitive de la personnalité, par suite de laquelle les impressions extérieures ne produisent plus sur le moi des malades les mêmes modifications émotionnelles qu'auparavant, ce qui les amène à nier d'une façon ou d'une autre les caractères des objets mis en cause. Un pas de plus et ce sera l'existence des objets extérieurs qu'ils nieront, comme ces malades dont parle Griesinger, « auxquels il paraît que le monde réel est complètement évanoui ou est mort, et qu'il ne reste plus qu'un monde imaginaire où ils sont anxieux de se trouver. » Mais sous un aspect différent de la formule négative, n'est-ce pas toujours au fond le même processus psycho-pathologique, puisant son origine dans une modification première des conditions affectives de la personnalité ?

Un des côtés les plus particuliers que présentent les délirants négateurs, ce sont les idées hypocondriaques de négation. L'explication de ces idées relève des mêmes

processus, et dépend encore de l'altération de la personnalité.

Rémarquons à ce propos que ce délire n'apparaît pas d'emblée chez les malades, mais au bout d'une certaine période de maladie et que ces idées de négation hypochondriaque sur la constitution physique sont relativement tardives, et se montrent après les autres. Par ce fait seul, elles indiquent une désorganisation plus grave de la personnalité. Et ce fait est corroboré par ceci autre qu'elles sont sous la dépendance directe d'une altération des conditions organiques. En elle-même, la sensibilité générale n'a qu'une valeur psychique assez faible; mais cette faiblesse est compensée par la continuité de son action, et comme telle elle joue, ainsi que nous l'avons dit, un rôle prépondérant dans la constitution de la personnalité. Dès lors, si les perturbations morbides qui l'atteignent persistent, si les causes qui les suscitent deviennent permanentes, il se forme une nouvelle habitude physique et mentale, et c'est alors que, suivant la valeur des données que fournira encore conjointement l'ancienne mémoire organique, nous verrons s'installer des idées de changement ou de non-existence des organes. « Je ne suis plus comme tout le monde, nous disait une de ces malades, je sens bien que tout mon corps change. J'allonge; je me suis sentie grandir en une seule fois de 15 centimètres, et cependant ma taille est la même et ma robe va toujours : il est vrai que certaines parties de mon corps se sont rapetissées. Mon corps ne me fait pas la même impression. J'ai senti ma tête changer dix fois de forme, je n'ai plus de cervelle : il me semble que ma tête et mes os sont en bois, je ne les sens pas comme avant. Je n'ai plus de cœur; j'ai bien quelque chose qui bat à la place, mais ce n'est pas mon cœur, cela ne bat pas comme avant. Je n'ai plus d'estomac, je n'ai jamais la sensation d'avoir faim. Quand

je mange, je sens bien le goût des aliments, mais quand ils sont au gosier je ne sens plus rien ; il me semble qu'ils tombent dans un trou ; autrefois je sentais lorsqu'ils descendaient dans l'estomac, s'ils étaient chauds ou froids. Je ne sens plus mes yeux remuer et, pour les tourner, il faut que je tourne la tête. Autrefois, quand je pleurais, je sentais mon cœur bondir et cela me dégonflait, aujourd'hui je pleure sans rien ressentir : je ne sais pas d'où ça vient. »

Cette simple citation nous semble bien prouver jusqu'à l'évidence que c'est dans une perturbation des conditions organiques de la personnalité qu'est la source des idées de négation hypocondriaque. L'observation clinique montre d'ailleurs combien sont fréquents et accentués chez les hypochondriaques les troubles de la sensibilité générale, hyperesthésie et hyperalgésie, anesthésie et analgésies et aussi les troubles de la sensibilité musculaire et les troubles moteurs spasmodiques (chocs, secousses, etc.), souvent confondus avec les troubles de la sensibilité (1).

A un degré plus accentué, certains individus nient leur existence. Mais cette négation s'exprime d'une façon particulière qu'il est bon de signaler. Un jeune homme qui se disait mort depuis deux ans ajoutait : « J'existe, mais en dehors de la vie réelle, matérielle et malgré moi, rien ne m'ayant donné la mort. Tout est mécanique chez moi et se fait inconsciemment. » La malade dont nous parlions tout à l'heure nous disait aussi : « Il me semble que je suis morte. Il est vrai que je parle, que je marche, que je travaille, mais c'est comme une automate. » Ce fait est intéressant à noter, car il nous montre qu'en face du nouveau moi, si enva-

(1) Cotard. Art. *Hypocondrie*, in Dict. Dechambre.

hissant qu'il soit, l'ancien ne disparaît pas complètement. Ce qui d'ailleurs doit être très rare. Car, « si l'on remarque, comme le dit justement M. Ribot, que la transformation absolue de la personnalité, c'est-à-dire la substitution d'une personnalité à une autre, complète, sans réserve, sans aucun lien avec le passé, suppose une transformation de fond en comble dans l'organisme, on ne s'étonnera pas de la rencontrer si rarement. Il n'y a, à ma connaissance, aucun cas où la deuxième personnalité n'ait hérité quelque peu des déponilles de l'autre, ne fût-ce que de certaines acquisitions devenues automatiques (marche, langage, travail manuel). »

A côté des individus qui nient leur existence, il en est d'autres qui en même temps se disent immortels. Cette idée a toujours la même origine que l'autre dans les perturbations du substratum organique de la personnalité.

Les modifications de l'ancienne personnalité amènent l'idée de non-existence et, en même temps, la formation d'une nouvelle personnalité de caractères tout différents suggère au malade l'idée d'immortalité. Par sa source aussi bien que par les réactions qu'elle provoque chez le malade qui s'en désole, c'est, en somme, une véritable idée hypocondriaque sous une étiquette ambitieuse. On pourrait assigner également la même origine aux idées analogues qui constituent la période ultime de ces délires et que M. Cotard a groupées sous le nom de délire d'énormité (1).

Un dernier point nous reste à examiner, le rôle que peuvent jouer chez ces malades les hallucinations psycho-sensorielles. Faisons d'abord remarquer combien est effacé dans la constitution de la personnalité le rôle

(1) Cotard. *Le délire d'énormité*, in *Ann. méd.-psych.*, 1888.

des sens externes ; comme le fait remarquer M. Ribot, « les sens déterminent, circonscrivent la personnalité, mais ne la constituent pas. » En revanche, ce sont eux qui sont l'origine de la connaissance ; ils nous révèlent le dehors, non le dedans. Aussi leurs perversions pathologiques, si elles agissent sur la personnalité, le feront-elles plutôt comme cause adjuvante, que comme cause efficiente.

Il est d'ailleurs un fait à remarquer, c'est que les hallucinations des sens spéciaux ne sont pas non plus un symptôme constant ni essentiel chez les malades mélancoliques dont nous nous occupons. Beaucoup de ces malades n'en ont jamais ; d'autres en ont, mais d'une façon transitoire ou sous une forme élémentaire. D'un autre côté, il est indispensable de considérer l'époque de la maladie à laquelle elles apparaissent : on ne les trouve jamais au début, mais elles ne se montrent qu'au bout d'un certain temps, quand la personnalité est attaquée et en voie de transformation. Et alors elles ne sont guère que la manifestation extérieure d'un désordre intérieur plus profond. La malade délirante par négation que nous avons observée, et dont nous avons déjà parlé, a bien entendu par l'oreille la voix de Dieu qui lui a dit une fois : « Tu es maudite, » et elle a vu ces mots écrits sur le mur. Mais à cette époque il y avait déjà trois mois qu'elle était malade, et que pour expliquer le changement survenu en elle, elle se disait à elle-même : « Mais tu es maudite. » Depuis, aussi, elle a eu des hallucinations visuelles en rapport avec ces mêmes idées ; elle a vu le diable, l'enfer : mais ces hallucinations ne se présentent que la nuit, les personnages sont indistincts, ce sont plutôt des ombres qu'elle voit sur le mur. Pour l'ouïe de même, elle n'entend que des bruits. Des hallucinations aussi élémentaires ne sont évidemment pour rien dans les désordres de la per-

sonnalité qu'on remarque chez elle ; d'ailleurs, elles sont de date postérieure et en sont beaucoup plutôt la traduction. Un fait qui prouve encore le peu d'influence de ces phénomènes pathologiques psycho-sensoriels, c'est que cette malade qui a des idées de négation physique, qui dit n'avoir plus d'estomac, n'a pas d'hallucination ni de perte du goût.

Mais si dans la transformation de la personnalité nous refusons un rôle aux hallucinations psycho-sensorielles, il n'en est pas de même de cette espèce d'hallucinations dite psychiques par M. Baillarger, que nous avons étudiées dernièrement sous le nom d'hallucinations psycho-motrices, et qui sont très fréquentes chez les malades dont nous nous occupons. C'est que les éléments qui constituent ces phénomènes sont tout différents ; ce qui prédomine ici souvent d'une façon exclusive, ce sont les phénomènes moteurs ; ces hallucinations étant en rapport, comme nous avons essayé de le démontrer, avec des troubles fonctionnels des centres psycho-moteurs du langage, et pouvant être comparées à certaines impulsions d'abouliques (1). Dans un autre mémoire, nous les avons mises en parallèle avec les phénomènes de possession et montré qu'elles pouvaient comme eux produire un véritable dédoublement de la personnalité (2).

Les considérations qui précèdent nous semblent bien prouver que dans tous les cas de délire mélancolique où elles se présentent avec des caractères systématiques, les

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

(2) J. Séglas et P. Bezançon. *De l'antagonisme des idées délirantes chez les aliénés ; l'attaque et la défense, le bien et le mal ; le dédoublement de la personnalité*, in *Ann. méd.-psych.*, numéro de janvier 1889.

idées de négation sont nettement secondaires.(1) et dépendent d'altérations de la personnalité survenant sous le coup de modifications de sa base organique et de la sphère affective et motrice de la vie psychique.

Nous retrouverons cette même origine dans les autres cas où elles ne sont pas systématisées, dans les maladies que nous avons énumérées plus haut. En ce qui concerne la paralysie générale, sans insister sur la place que tiennent dans cette maladie les phénomènes moteurs, nous nous contenterons de faire remarquer que ce ne sont pas les idées de négation qui marquent le début de l'affection, mais qu'elle s'est annoncée par certains prodromes et que ce sont toujours les troubles du caractère, des sentiments, des actes, qui ouvrent la scène, les idées délirantes quelles qu'elles soient ne se développant que plus tard. Pour ce qui regarde d'ailleurs les idées hypocondriaques, elles semblent bien ici encore être en rapport avec des changements dans les conditions organiques de la personnalité, et différents auteurs, Michéa (2), Axenfeld (3), M. Aug. Voisin (4), ont déjà signalé, comme causes premières de ces idées hypocondriaques spéciales, les troubles de la sensibilité générale et viscérale.

Les mêmes considérations s'appliquent à la démence sénile, dans laquelle l'origine des idées de négation reste la même. Remarquons d'abord que toutes les modifications apportées dans les divers organes de l'économie par le processus général d'involution dû aux progrès de l'âge ne sont pas certainement sans altérer la base orga-

(1) Ettmüller (cité par Esquirol, t. I, p. 405), distingue déjà le délire de l'affection mélancolique, le délire selon lui étant secondaire à l'affection mélancolique.

(2) Michéa. *Ann. méd.-psych.*, 1864.

(3) Axenfeld. *Arch. de méd. gén.*, 1886.

(4) Aug. Voisin. *Traité de la paralysie générale des aliénés*, 1879.

nique de la personnalité. D'un autre côté, ce ne sont pas les troubles intellectuels proprement dits qui marquent, au point de vue psychique, le début de l'involution sénile; ce sont les modifications qui surviennent dans la sphère affective et psycho-motrice. Égoïsme ou sensiblerie, perte de l'initiative personnelle, ce sont là les symptômes primitifs, précédant la déchéance des facultés intellectuelles proprement dites, si bien que « lorsque le vieillard est encore bon pour le conseil, il est imprudent de se confier à lui pour l'action ». (Maudsley.) Plus accentuée et plus rapide, par suite de causes diverses, dans la démence sénile, la déchéance des facultés suit toujours cette même marche, et si plus tard se présentent des idées de négation, quand même elles ne seraient pas sous la dépendance d'un accès de mélancolie tardive, elles n'en restent pas moins secondaires à ces mêmes modifications de la personnalité individuelle que nous venons de signaler.

En résumé, l'on peut dire que l'idée de négation est toujours une idée secondaire, ayant son origine dans des modifications de la personnalité.

En ce qui concerne les délirants mélancoliques, cette origine secondaire des idées de négation, comme de toutes celles d'ailleurs de ces malades, est importante à connaître. Car elle sépare ces délires de ceux où prédomine l'idée de la persécution vraie. Cette dernière idée, en effet, n'est plus consécutive à des transformations de la personnalité; mais elle est, en général, primitive; elle naît, comme l'on dit, du fond de l'inconscient. Les troubles sensoriels qui peuvent l'accompagner ne jouent là qu'un rôle tout à fait secondaire de cause occasionnelle (1). Quoique prédominants parfois à un cer-

---

(1) Nous n'avons en vue ici que *l'origine* des deux espèces de délire. Il va sans dire qu'arrivés à une certaine période, les déli-

tain moment, ils n'apparaissent qu'une fois que la maladie constituée déjà a passé par la période des interprétations délirantes.

Quant aux troubles de la sensibilité générale qui existent chez ces malades, ils n'entament pas la personnalité et n'en déterminent pas, comme tout à l'heure, la transformation. Les organes ne se détruisent pas ; mais, toujours attaqués, ils résistent toujours. Les conditions organiques de la personnalité subsistent intactes ; il en est de même des conditions affectives, les tendances émotionnelles de ces malades ne changent pas de caractère, elles ne font plutôt que s'accentuer. Si bien qu'en somme il n'y a pas métamorphose, mais plutôt exagération dans le même sens des tendances personnelles.

Lorsque l'idée de persécution apparaît, elle ne fait que traduire les tendances natives de l'individu, avec lesquelles elle est bien en rapport; et lorsqu'elle se montre à l'époque de la maturité psychique, elle n'est que l'expression d'un développement anormal, mais non d'un changement de la personnalité. C'est sur cette distinction qu'est basée la division des délires systématisés en secondaires et primitifs. Cette distinction ainsi faite a bien son importance en ce sens qu'elle peut contribuer à la solution de questions plus générales(1). Car si dans les cas de délire systématisé secondaire (Ex.: délire des négations), où la personnalité s'altère et change à un moment donné, on peut admettre aisément une certaine prédisposition héréditaire; dans le cas de dé-

---

rants persécutés systématiques peuvent présenter, comme les mélancoliques, par suite de phénomènes spéciaux, des transformations, du dédoublement de la personnalité. Nous avons déjà abordé cette question (*Ann. méd.-psych.*, janvier 1889) que nous étudierons plus complètement dans un prochain travail.

(1) Morselli. *Manuale della semej otica delle malattie mentali.*  
— Turin, 1885.

## 26 SÉMÉIOLOGIE ET PATHOGÉNIE DES IDÉES DE NÉGATION

lires systématisés primitifs (délires systématisés des persécutés et des persécuteurs), le développement anormal de la personnalité, qui est l'essence même de la maladie, et dont les idées délirantes ne sont que l'expression tardive, nous révèle une tare plus profonde et montre les rapports intimes qu'affectent ces derniers délires avec la dégénérescence mentale proprement dite.

En effet, lorsque l'analyse démontre que l'origine des idées délirantes est dans la personnalité, alors il faut chercher si cette dernière est née ou non dans un état psychopathologique aigu ou subi un état psychopathologique aigu, et si elle a été soumise à des influences extérieures qui ont pu entraîner une évolution pathologique de la personnalité.

---

# FOLIE DE LA PUBERTÉ

---

## LEÇONS CLINIQUES

FAITES

Par le Dr A. MAIRET,

Professeur de Clinique des maladies  
mentales et nerveuses,

Médecin en chef de l'Asile public d'aliénés de l'Hérault.

---

### QUATRIÈME LEÇON

#### MANIE CHORÉIQUE (*suite*).

SOMMAIRE. — *Symptomatologie*. Période prodromique. Symptômes ordinaires à toute crise pubérale, céphalée, modifications du caractère.

Période de début. Début généralement brusque. Dans la majorité des cas, les troubles choréiques et les troubles psychiques apparaissent simultanément. Caractères du délire auquel s'ajoute parfois de la fièvre; chorée.

Période d'état. Nécessité pour l'étude de distinguer la *manie choréique simple* et la *manie choréique hallucinatoire*.

Évolution. Durée. Pronostic. Diagnostic.

Maintenant que vous connaissez la pathogénie et l'étiologie de la manie choréique, étudions sa SYMPTOMATOLOGIE.

Vous vous souvenez que, au point de vue symptomatologique, nous avons divisé la manie choréique en deux groupes, la manie choréique simple et la manie choréique hallucinatoire.

Ces deux groupes doivent être étudiés séparément. Toutefois ils peuvent être réunis dans une étude com-

mune à la période prodromique et à la période de début.

**PÉRIODE PRODROMIQUE.** — Je ne vous retiendrai pas longtemps sur cette période prodromique, qui est caractérisée par les symptômes ordinaires à toute crise pubérale plus ou moins rapide ou plus ou moins difficile. Je vous ai d'ailleurs déjà indiqué les principaux de ces symptômes à propos de la stupeur lypémaniaque.

J'attirerai seulement votre attention sur un symptôme, la céphalée, qui me paraît assez important par sa fréquence. Cette céphalée, qui peut précéder de plusieurs mois, quelquefois même de plusieurs années, l'élosion de la maladie, revêt tous les caractères de la céphalée de la puberté dont je vous ai entretenus dans une précédente leçon; elle a parfois une intensité considérable.

A côté de cette céphalée, je vous signalerai encore des modifications dans le caractère, et en particulier, de l'irritabilité qui précède souvent pendant assez longtemps l'apparition de la maladie.

**PÉRIODE DE DÉBUT.** — C'est généralement brusquement, vous ai-je dit, à la suite d'une cause occasionnelle et plus particulièrement à la suite d'une influence morale, que débute la manie choréique. Parfois cependant la maladie peut se réaliser lentement, progressivement, ainsi chez Hoe... A l'âge de quatorze ans apparaissent chez ce malade des mouvements choréiques s'accompagnant d'indocilité et d'irritabilité; ces mouvements, d'abord limités, se généralisèrent en même temps que se produisaient de la surexcitation, puis de l'agitation.

Dans la majorité des cas, les troubles choréiques et les troubles psychiques apparaissent simultanément; c'est, vous vous en souvenez, ce qui arriva chez Fa...

Plus rarement, chorée et délire apparaissent séparément, soit que la chorée précède les troubles psychiques, ainsi que vous en avez un exemple dans une observa-

tion rapportée par Thore, soit que les troubles psychiques précèdent au contraire la chorée, comme dans l'observation rapportée par M. Ritti.

Mais vous connaissez déjà, d'après les observations que je vous ai rapportées dans notre précédente leçon, les rapports qui existent entre l'apparition de la chorée et l'apparition des troubles délirants ; aussi n'insistai-je pas davantage, et je passe à l'étude de chacun de ces symptômes, en commençant par le délire.

*Délire.* — Dès le début peuvent apparaître les troubles délirants qui ultérieurement domineront la scène. Le premier symptôme psychique qui se produit chez Hi... est une hallucination de la vue ; il croit voir un chasseur qui le met en joue, et vous savez quelle importance a eue cette hallucination dans le cours de la maladie. Chez Fa..., vous retrouverez de même les sauts, les courses, les rires, qui, pendant la période d'état, auront une si grande importance.

D'autres fois, les troubles psychiques du début peuvent ne consister qu'en irritabilité, idées de peur, insomnie, et c'est plus tard seulement qu'apparaissent les troubles délirants caractéristiques. Exemple : Bey... Nelly souffrait depuis deux ans de maux de tête, lorsqu'elle fut prise, à la suite d'un violent chagrin occasionné par la rupture d'un mariage, de troubles mentaux consistant en peur, inquiétudes, irritabilité du caractère, insomnie, et plus tard seulement se produisent de l'agitation, des hallucinations et des troubles choréiques.

Mais peu importe le mode de début, le délire n'a pas dès les premiers temps l'intensité qu'il aura ultérieurement. Ainsi Hi..., à la suite de l'hallucination qui a marqué l'éclosion de son aliénation mentale, reste inquiet, facilement apeuré, mais il n'a que de loin en loin, chaque quinze jours environ, des hallucinations de la

vue, qui lui représentent toujours le même chasseur le mettant en jone, et qui s'accompagnent d'un accès passager d'agitation pendant laquelle il se montre d'une violence inouïe dans ses actes, frappe, brise, s'attaque à tout le monde. Et c'est peu à peu que les accès se rapprochent; au bout d'un an, ils se produisent une fois, même deux fois par jour et, naturellement, Hi..., dans leur intervalle, reste toujours surexcité et apeuré.

Chez Fa..., vous retrouvez la même marche évolutive. D'abord ce malade est capricieux, irritable, a de loin en loin des accès d'agitation se traduisant par des sauts, des cris, puis ces cris se rapprochent et la maladie arrive à la période d'état.

Carteaux a d'abord un sommeil interrompu par des rêves et, dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil, elle voit autour d'elle des diables, des objets effrayants de toute nature ; elle croit qu'on veut l'étrangler et sent sa respiration profondément gênée. En même temps, son caractère est bizarre, extravagant, enclin à la défiance. Enfin peu à peu se produit un véritable état maniaque.

Le délire met ainsi plus ou moins longtemps pour arriver à son apogée, généralement des mois, parfois même des années.

Fait intéressant, chez trois de mes malades atteints de manie choréique simple, s'est produit pendant les premiers temps de la maladie un *état fébrile* avec délire.

Cette fièvre que je ne connais que par les renseignements que m'ont donnés les parents, m'a été désignée dans un cas, sous le nom de catarrhe pulmonaire, dans un autre sous celui de fièvre muqureuse avec pleurésie, dans le troisième enfin sous le nom de fièvre typhoïde. Qu'est-ce exactement que cet état fébrile ? Fait-il partie de l'aliénation mentale et est-il l'équivalent de la fièvre que nous avons vue se produire dans certains cas

au début de la stupeur lypémaniaque? Est-ce quelque fièvre de croissance? Est-ce un état morbide surajouté? Je ne sais. Seulement je vous ferai remarquer que chez deux malades, ceux chez lesquels avait été porté le diagnostic de catarrhe pulmonaire et de fièvre muqueuse, il est expressément noté dans les renseignements que, pendant la durée de la fièvre, les mouvements choréiques qui existaient antérieurement cessèrent pour réapparaître au moment de la convalescence, en même temps que réapparaissaient aussi les troubles délirants du début. Ces troubles délirants semblent avoir été remplacés pendant l'acuité de la maladie par un délire fébrile. Comme exemple de cet ordre de faits, je vous citerai l'observation de Ag... Au début, vous vous en souvenez, les troubles psychiques consistent chez Ag... en des maux de tête et de l'emportement; dès le jour suivant, cet homme ayant un catarrhe pulmonaire, ce catarrhe s'accompagne d'un délire violent à direction de délire des persécutions et de délire ambitieux. Il reste ainsi une vingtaine de jours, puis fièvre et délire aigu disparaissent, en même temps que réapparaissent l'irritabilité et l'emportement, suivis bientôt d'accès d'agitation pendant lesquels Ag... saute, danse, crie, ne dort pas, refuse de manger par crainte d'empoisonnement et se plaint qu'on lui souffle dessus, qu'on le brûle et qu'on lui enfonce des corps étrangers dans la gorge.

*Chorée.* — Il m'est difficile de reconstituer le mode de début de la chorée, mes renseignements sont à cet égard peu précis. Toutefois, ils le sont assez pour me montrer qu'à l'inverse du délire, les mouvements choréiques peuvent dans certains cas atteindre dès le début leur plus grande intensité, soit qu'ils soient généralisés comme chez Fa..., soit qu'ils soient limités comme chez Hi...

Dans certains cas, ils peuvent même, tandis que les

troubles psychiques augmentent en intensité, diminuer et bientôt disparaître, ainsi que je l'ai observé deux fois chez Ag... et chez Fa...

D'autres fois cependant ils suivent, dans leur développement, une marche progressive, ainsi chez Hi..., ainsi encore chez Bey... Nelly. Chez cette dernière malade, le trouble moteur initial se présente dans les doigts ; elle faisait les mouvements d'une personne jouant du piano ; de là, le mal s'étendit aux muscles fléchisseurs du bras, puis aux muscles inférieurs et à la face.

Mais même dans ces derniers cas, la chorée atteint plus rapidement la période d'état que le délire ; aussi l'étude de cette névrose à sa période de début se confond-elle avec son étude à la période d'état.

Au point de vue de l'intensité, les mouvements choréiques sont variables. Parfois cette intensité peut être considérable, ainsi dans l'observation de Thore, où le malade était obligé de garder le lit. D'autres fois, tout en étant très marquée, elle est cependant moindre. Marcé nous dit, à propos de Carteaux, que la figure était grimaçante, les gesticulations très marquées aux deux bras et aux deux jambes, mais que cependant la marche était encore possible. Dans les cas que j'ai observés, les mouvements choréiques n'ont jamais dépassé une intensité moyenne, et si les mouvements physiologiques étaient rendus difficiles, ils n'étaient cependant pas impossibles. Dans deux cas même, ces mouvements ont été très faibles, chez Ag..., par exemple.

Mais il est un fait qui me paraît constant : les mouvements choréiques s'exagèrent sous l'influence des accès d'agitation. Vous avez pu vous en rendre compte chez les trois malades que je vous ai présentés. Chez Lau..., dans les périodes de simple surexcitation, la face est grimaçante, c'est à peine si l'on constate quelques

légères secousses des épaules ; dans les accès d'agitation, les grimaces augmentent, et les secousses des épaules s'exagèrent notablement, en même temps que se produit ce grognement convulsif que vous connaissez. Chez Hoc... et chez Hi..., vous avez vu de même l'agitation augmenter l'intensité des mouvements choréiques.

Si la chorée peut être plus ou moins intense, elle peut-être aussi plus ou moins généralisée et atteindre les muscles de la vie de relation et les muscles de la vie organique. Nous ne nous occuperons pour le moment que des muscles de la vie de relation.

Ordinairement, elle atteint les quatre membres et la face avec une prédominance au niveau de certains muscles et plus particulièrement au niveau de la face et des doigts. Plus rarement, elle est partielle ; chez Lau... les mouvements choréiques étaient limités, vous vous en souvenez, aux muscles de la face et du cou ; chez Ag..., ces mouvements étaient limités aux extrémités supérieures. Prédominante, à un moment de la maladie, au niveau de certains groupes musculaires, il peut en être différemment à un autre moment. Chez Fa..., pendant un certain temps, les mouvements choréiques ont été surtout marqués au niveau des membres inférieurs ; plus tard, au contraire, ce sont les membres supérieurs qui furent plus particulièrement atteints.

Ceci dit sur la chorée envisagée à la période de début et à la période d'état, il nous reste maintenant à étudier le délire dans cette dernière période et, à ce point de vue, nous étudierons successivement la manie choréique simple et la manie choréique hallucinatoire.

PÉRIODE D'ÉTAT. — *Manie choréique simple.* Je serai bref sur la manie choréique simple à la période d'état. Les observations que j'ai rapportées dans notre dernière leçon vous ont fixés sur la physionomie clinique que revêt alors la maladie, laquelle est constituée, vous

vous en souvenez, par un état maniaque, sur lequel se greffent à certains moments des accès d'agitation à modalité particulière. Cependant cette étude a besoin d'être complétée et j'envisagerai successivement l'état maniaque et les accès d'agitation.

L'état maniaque ne diffère pas généralement de celui qu'on rencontre dans la manie ordinaire, si ce n'est pas une irritabilité marquée. Le maniaque choréique devient facilement agressif, même en dehors des accès d'agitation, et, en outre, il présente un état d'hébétude, d'incohérence intellectuelle très marqué.

Parfois cependant existent certaines tendances d'esprit qui se traduisent par un tour poétique et des assonances spéciales, donnés au langage, et par la tournure emphatique, enthousiaste des lettres écrites à ce moment-là par les malades. Ag..., enfant de Lodève, et dont la prononciation était la prononciation du Midi la plus pure, affectait de parler en grassevant, et souvent il scandait les phrases comme s'il récitaient des vers. Un autre malade prononçait toutes les voyelles comme s'il y avait eu des accents circonflexes. Enfin la lecture d'un fragment de lettre écrite par Ag... vous montrera la tournure emphatique que prennent dans certains cas les écrits des malades dont nous étudions l'histoire.

« Il y a une douzaine de jours que je suis dans l'établissement d'aliénés, où, étant privé de certaines libertés, les jours passent sans pouvoir jouir des plaisirs champêtres ou des plaisirs du dehors. Mais, malgré cela, je me trouve fort bien et suis charmé d'être dans les cours environnant la maison.

« De magnifiques jardins semés de belles fleurs donnent un goût très agréable. Une vue agréee aussi l'étendue qui sépare le jardin des maisons richement ornées de la partie basse de Montpellier. On respire à pleins

poumons le parfum des fleurs qui ornent ces vastes jardins ; des banquettes pour s'asseoir sont placées sous quelques chênes où l'on peut contempler de belles fleurs. »

Pour vous, messieurs, qui connaissez notre asile, le lyrisme de cette lettre ne vous échappera malheureusement pas et vous fixera sur la disposition d'esprit dont je vous parle.

Mais n'allez pas croire que ce lyrisme exclut l'irritabilité, Ag... en est une preuve ; ne croyez même pas qu'il exclut les récriminations et que le malade soit toujours aussi satisfait.

Vous savez en quoi consistent les accès d'agitation qui se produisent à la période d'état de la manie choréique ; ce sont des courses, des sauts, des cris, des rêves, etc. Vous connaissez, d'après l'observation clinique, quels sont les caractères que revêtent ces divers symptômes ; je n'y reviendrai pas. Toutefois, laissez-moi vous rappeler ce curieux mouvement qui chez Fa... et chez Lau..., termine les courses ; vous savez qu'à ce moment ces malades se frappent sur une cuisse.

Laissez-moi encore vous rappeler que pendant ses courses et ses sauts, le malade a souvent un besoin de déchirer ; c'est avec une véritable rage que tout en courant, Fa... s'acharnait après son chapeau. Eh bien ! parfois ce besoin de destruction est le fait dominant, courses et sauts sont relégués au second plan. Ainsi Ag... se lançait contre les objets qui l'entouraient et plus particulièrement contre les fenêtres, dont il brisait les carreaux, et déchirait ses vêtements. Les accès d'agitation sont parfois, comme chez Fa..., suivis pendant quelques heures par un état d'affaissement intellectuel et physique.

Ceci dit, pour compléter les particularités des accès d'agitation que vous ont mis en relief les observations

de Fa..., de Lau... et de Hoe..., essayons de rechercher comment se produisent ces accès.

Pendant longtemps, j'ai cru qu'ils étaient provoqués par des perversions sensorielles ; je pensais que les dénégations des malades à ce sujet tenaient à ce qu'ils ne se rendaient pas bien compte de ce qui se passait chez eux. Mais ayant pu interroger deux malades guéris, les nommés Fa... et Ag..., je dus me rendre à l'évidence : il n'y a pas d'hallucinations. Ces deux hommes m'ont toujours répondu que leurs accès étaient absolument impulsifs et ne s'accompagnaient pas de perversions sensorielles. Lorsque, par la force ou par l'autorité morale, on arrête le malade dans sa course, il se montre volontiers offensif.

Les rires et les cris sont aussi impulsifs que les courses et les sauts, mais ils revêtent les uns et les autres, et surtout les cris, un caractère spasmodique tout particulier qui en font de véritables cris choréiques. Vous avez reconnu, en effet, dans ces cris que poussait Fa..., et qui ressemblaient aux aboiements d'un chien, les cris qu'on retrouve dans la chorée laryngée ou diaphragmatique. Et j'ai eu soin, chez Lau..., de vous montrer les liens étroits qui existaient entre le grognement particulier qu'il faisait entendre et les secousses choréiques des muscles des épaules et du diaphragme.

Les rires ont eux aussi quelque chose de spasmodique ; vous avez pu vous en convaincre en voyant Lau..., dans ses accès d'agitation, secoué par un rire convulsif et si violent que la figure devenait violacée.

Y a-t-il aussi un rapport entre les courses, les sauts et la chorée ? C'est possible, probable même ; mais je ne crois pas que ce soit un rapport direct, l'impulsion psychique se porte seulement plus volontiers, chez ces malades, sur les éléments cérébraux qui président au mouvement par suite de l'atteinte que ces éléments ont subi du fait de la chorée.

Mais je n'insiste pas sur ce dernier point qui est purement hypothétique, et je me contente de mettre en relief ce grand caractère des différents actes qui constituent les accès d'agitation de la manie choréique, l'*impulsion*.

Ce caractère impulsif se retrouve encore dans un autre symptôme qui existe fréquemment dans la manie choréique, dans la masturbation ; c'est avec une véritable frénésie que les malades se livrent à l'onanisme.

*Manie choréique hallucinatoire.* — Ici encore, comme dans la manie choréique simple, et l'observation de Hi... en fait foi, nous rencontrons un état maniaque que traversent des accès d'agitation, mais cet état et ces accès sont différents.

L'état maniaque est caractérisé par une surexcitation plus ou moins marquée. Parfois cette surexcitation est très faible, comme dans l'observation recueillie par M. Ritti. « Lorsqu'on interroge la malade, elle répond juste, mais comme à contre-cœur, pleurant sans motif ; prompte à se mettre en colère, elle se calme facilement et quelques instants après se met à rire aux éclats. Il est impossible de fixer son attention et d'avoir avec elle une conversation suivie ; ses réponses, d'abord exactes, deviennent bientôt évasives, puis la malade s'occupe à des choses complètement étrangères à ce qu'on lui demande. »

D'autres fois et plus souvent, la surexcitation maniaque est plus marquée et est empreinte d'idées de tristesse, parmi lesquelles dominent les idées de peur. L'observation de Hi... est un bel exemple de cet ordre de faits : Hi... est toujours craintif, pleurniche, dit qu'on l'a conduit à l'Asile pour le tuer, accuse des sifflements d'oreilles et des nuages qui lui passent devant les yeux, se plaint d'avoir de fortes céphalées frontales, et pendant la nuit des rêves, des cauchemars peuplés de différents animaux qui veulent lui faire du mal. Dans certains

cas, les idées de tristesse sont encore plus accentuées, il y a une véritable mélancolie, ainsi dans l'observation rapportée par Thore; ou bien le délire prend la direction du délire des persécutions, comme dans l'observation de Carteaux rapportée par Marcé.

Bref, le plus généralement, dans la manie choréique hallucinatoire l'état maniaque se teinte d'un délire triste qui peut être plus ou moins prononcé. La modalité revêtue dans ce cas par le délire s'explique parfaitement; elle est la résultante des hallucinations qui, vous le savez, dominent les accès d'agitation et font sentir leur action en dehors de ces accès.

Ceci dit sur l'état maniaque intermédiaire aux accès d'agitation, étudions ces accès.

Ici c'est l'hallucination qui domine.

Souvenez-vous de Hi.... Tout à coup, il s'imagine voir un chasseur qui le met en jone, alors il s'élance sur les personnes qui l'entourent, et bientôt, apeuré, se cache et l'agitation continue plus ou moins longtemps, Hi... se retournant au moindre bruit, s'imaginant qu'on le poursuit, et pendant ce temps il reste méchant, agressif.

Cartaux, nous dit Marcé, offre tout à fait l'aspect d'un maniaque, et son excitation se produit surtout à la suite d'incessantes hallucinations; elle voit 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.

Br... voit des fantômes qui viennent la chercher, elle voit un individu qui a succombé à une fièvre typhoïde quelque temps auparavant dans la pièce qu'elle habite, elle entend parler à travers le mur, et dans l'escalier, des personnes qui montent pour venir la chercher. Elle entend également frapper à la porte et croit qu'on l'appelle de la rue, et affolée par ces hallucinations, un matin Br... enjambe la fenêtre, voulant se suicider. Elle

veut mourir, dit-elle, et ces idées de mort et de suicide se présentent à chaque instant à son esprit.

Les perversions peuvent atteindre les différents sens, ainsi que le prouvent les observations que je viens de vous rapporter ; mais les hallucinations de la vue occupent la première place, et elles revêtent un caractère terrifiant. Les sens, en effet, sont au point de vue de la fréquence diversement atteints ; ils peuvent à cet égard être classés de la manière suivante : vue, ouïe, goût, etc.

Les hallucinations reviennent souvent de préférence la nuit et dans la période intermédiaire à la veille et au sommeil. Aussi l'insomnie est fréquente chez le maniaque choréique, d'autant plus qu'aux hallucinations s'ajoutent des rires et des cauchemars pendant lesquels le malade a souvent les mêmes perversions sensorielles que pendant l'état de rêve ; mais ces perversions peuvent revenir à toute heure du jour, ainsi que Hi... et Carteaux en sont des exemples.

Les perversions sensorielles rendent le plus souvent les malades très agressifs, soit contre les autres (Hi...), soit contre eux-mêmes (Br...).

Mais il est un point sur lequel il me paraît utile d'insister. Si les hallucinations dominent les accès d'agitation, elles ne constituent pas tout l'accès, et en effet, on peut voir, ainsi que je vous le dirai tout à l'heure, les hallucinations disparaître et les accès d'agitation persister. J'attirerai encore votre attention sur ce fait, c'est que dans la manie choréique hallucinatoire, les accès d'agitation se produisent aussi brusquement que dans la manie choréique simple et, comme dans ce dernier cas, ils ont eux aussi quelque chose d'impulsif.

L'état psychique dans la manie choréique simple ou hallucinatoire vous étant connu, laissez-moi ajouter encore un mot au point de vue de l'état physique. Ce qui frappe chez ces malades, c'est la congestion qui se produit

du côté de la face pendant les accès d'agitation, congestion qui s'accompagne d'une émotivité très considérable de la circulation générale, sous l'influence de laquelle le nombre des pulsations peut être double. Les bruits du cœur sont clairs et s'entendent sur une grande étendue.

Les troubles vasomoteurs sont très faciles à produire, et on constate du côté du cœur des modifications dans la modalité des contractions qui ne peuvent être rattachées qu'à une hypertrophie. Sauf dans la manie choréique hallucinatoire, où l'on peut retrouver un refus d'alimentation se rattachant à des idées d'empoisonnement, l'appétit est conservé et même augmenté comme dans la manie ordinaire.

Le sens générifique peut être très surexcité et les malades se livrent avec une véritable fureur à la masturbation, ainsi que vous avez pu le constater chez Fa...

ÉVOLUTION. — L'évolution de la manie choréique est variable suivant les cas.

La maladie peut s'acheminer vers la guérison et alors, au bout d'un temps plus ou moins long, on peut voir disparaître les troubles psychiques d'une manière progressive et parfois assez rapide. Dans ces cas, les accidents choréiques et le délire disparaissent d'une manière simultanée. Chez Carteaux, deux mois et demi environ après le début de la maladie, les mouvements choréiques se calmèrent, les hallucinations et l'agitation diminuèrent d'intensité. Ce mieux être s'accentua rapidement et, après trois mois de durée, la folie peut être considérée comme guérie.

La maladie de Bey... Nelly a suivi la même évolution. Pendant trois mois environ, le délire et la chorée conservent toute leur intensité; puis, à partir de ce moment, une amélioration rapide se produit, amélioration portant aussi bien sur les mouvements choréiques

que sur les troubles délirants, et quinze jours après tout est rentré dans l'ordre.

chez Ag..., on retrouve aussi la même marche ; seulement dans ce cas, la durée est beaucoup plus longue, la maladie dure dix mois environ, et la guérison est moins complète que dans le cas précédent, en ce sens que si la chorée et le délire ont disparu, l'intelligence a subi une atteinte. Cette atteinte se traduit par de la naïveté, par une crédulité portée assez loin, — si bien que ce jeune homme esten butte aux moqueries de ses camarades, — par de.l'entêtement et une certaine irritabilité, c'est-à-dire, comme vous le voyez, par un ensemble de symptômes qu'on retrouve assez souvent chez des individus ayant subi un certain degré d'arrêt de développement intellectuel. J'insiste sur cette influence de la maladie sur le fond intellectuel.

D'autres fois, la manie choréique, qui cependant aboutira, elle aussi, à la guérison, suit une marche différente ; l'observation de Fa... en fait foi. Je vous ai dit à propos de la période d'état, que chez cet homme les accès d'agitation étaient souvent suivis pendant quelques heures d'un état de dépression. Plus tard, cet état prit davantage d'intensité et de durée et persista pendant plusieurs jours, se traduisant par de l'affaissement, de l'égarement, de la congestion passive de la face et des conjonctives, du larmoiement, de la chaleur au niveau du front et, à certains moments, par des éclats de rire brusques et passagers. Plus tard encore, cette période de dépression est suivie par une période de calme, pendant laquelle Fa... se montre taquin et enfantin. Cette dernière période prend de plus en plus d'importance, les accès d'agitation s'espacent et enfin, quatre ans environ après le début de la maladie, Fa... guérit complètement, ne conservant que quelques anomalies de caractère, insouciance, entêtement, excitabilité.

Malheureusement, la manie choréique ne suit pas toujours cette marche heureuse, elle peut devenir incurable. Lau... est un exemple de cet ordre de faits.

Chez cet homme, les accès d'agitation sont moins marqués que précédemment, mais pendant les périodes de calme apparaissent des symptômes qui rappellent l'idiotie. Par son rire, par son caractère, par certains de ses gestes, Lau... a l'allure de l'idiot, auquel il ressemble encore par son défaut d'initiative, sa mauvaise tenue, son irritabilité et ses sentiments. Ses parents viennent-ils le voir, il ne voit dans leur visite que les avantages matériels qu'elle lui procure; il mange gloutonnement et salement.

D'après ce que je vous ai dit de l'évolution, vous avez pu voir que la durée de la manie choréique peut être très variable, elle peut aller de quelques mois à plusieurs années; souvenez-vous que chez Fa... la guérison n'a été obtenue qu'au bout de quatre ans.

Le PRONOSTIC, tout en étant relativement bon, est cependant plus grave que celui de la stupeur lypémaniaque. Vous en comprendrez facilement le pourquoi si vous vous reportez à l'étude des causes. Dans la manie choréique, l'hérédité joue généralement un rôle plus considérable que dans la stupeur lypémaniaque, et je vous l'ai dit souvent, l'hérédité, lorsqu'elle a une certaine importance, aggrave le pronostic de toute maladie mentale.

Quant au DIAGNOSTIC, il me paraît facile à établir; l'adjonction de la chorée aux accidents psychiques l'impose pour ainsi dire, de même que l'apparition des troubles au moment de la puberté impose aussi le diagnostic pathogénique.

---

# Statistique

---

## ÉTUDE STATISTIQUE SUR LE SUICIDE EN FRANCE DE 1827 A 1880

Par le Dr J. SOCQUET

Médecin expert près le tribunal de 1<sup>re</sup> 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.*)

---

### INTRODUCTION

Toute science a pour but d'établir entre les phénomènes dont elle s'occupe des relations constantes ou lois. C'est ainsi, par exemple, que la physique rattache l'un à l'autre, l'espace parcouru par un corps qui tombe, et la durée de la chute. Une fois trouvées, ces lois servent non seulement à expliquer les faits, mais encore à les prévoir, d'où résulte la possibilité de régler à l'avance notre intervention pratique en vue d'obtenir tel ou tel résultat désiré. La connaissance des lois du monde inorganique permet à l'ingénieur de former des plans qui jadis eussent paru insensés et de les réaliser avec une sûreté et une précision admirables. Il n'est donc pas déraisonnable de penser que si l'on connaît les lois qui régissent les sociétés et les individus, on arriverait à concevoir et à obtenir, soit dans les institutions sociales, soit dans la santé et la moralité individuelles, des améliorations dépassant tout ce que nous

pouvons imaginer aujourd'hui. La médecine, par exemple, depuis qu'elle commence à devenir rationnelle, a déjà rendu des services inespérés. La recherche de ces lois a donc une importance de premier ordre ; malheureusement, elles ne sont pas encore suffisamment accessibles et les travaux actuels ne peuvent être que préparatoires.

La découverte des premières lois astronomiques a été précédée d'un grand nombre d'observations poursuivies pendant de longs siècles ; et depuis lors, il a fallu les efforts des plus puissants esprits pour corriger les hypothèses erronées, et aboutir de généralisation en généralisation à la loi suprême de la gravitation. Et pourtant les phénomènes astronomiques sont peu nombreux et relativement faciles à distinguer et à mesurer. Combien est plus grande la difficulté de se reconnaître au milieu de l'infinie des influences diverses et variables qui concourent à la production des moindres faits, individuels ou collectifs ! Loin de pouvoir mesurer les phénomènes élémentaires, nous ne pouvons souvent pas en soupçonner l'existence et jamais nous ne les isolons complètement. De plus, il n'y a guère qu'un demi-siècle que l'on a songé à recueillir et à publier des renseignements certains et précis, destinés à servir de base aux recherches des savants. Encore sont-ils bien souvent inutiles, les plus anciens surtout, par excès de concision, ou faute d'un classement méthodique et uniforme.

Il serait téméraire de chercher à lier entre eux des faits encore trop peu nombreux et trop mal déterminés. La tâche qui incombe à notre époque est une simple accumulation de matériaux. Si modeste et si ingrate qu'elle soit, elle a cependant une utilité immédiate en ce qu'elle appelle l'attention sur certains faits et dirige ainsi les investigations vers le plus important et le plus

pressé. Si imparfaits qu'ils soient au point de vue rigoureusement scientifique, les travaux basés sur les statistiques actuelles contribuent à signaler des maux inaperçus et fournissent déjà quelques indications sur leurs causes principales et les mesures à prendre pour en atténuer les effets, en même temps qu'ils manifestent les imperfections de la statistique et contribuent ainsi à l'améliorer.

La démographie figurée de la France, par M. le Dr Bertillon, peut être invoquée à l'appui de ces considérations. Des deux éléments qui influent sur le mouvement de la population, naissances et décès, il n'a considéré que celui sur lequel on peut agir de suite avec efficacité, c'est-à-dire la mortalité. Après avoir montré qu'en France, et de notre temps, la mortalité croît avec la population et même d'une façon plus rapide, il s'est efforcé de déterminer, en vue d'en apprécier le degré, les influences multiples qui agissent, soit pour augmenter, soit pour en diminuer l'intensité, telles que la situation géographique, les saisons, l'âge, le sexe, l'état civil, les conditions sociales, etc. Mais son travail, si important qu'il soit, ne constitue qu'un premier aperçu et son principal mérite est d'avoir ouvert la voie à des recherches ultérieures. Il n'a pu tenir compte d'une foule de circonstances, faute de renseignements exacts ; mais il a eu la bonne fortune de découvrir des influences qui, sans lui, n'eussent pas été soupçonnées de longtemps : celle, par exemple, des mariages précoces, qui peut donner lieu à une modification dans la législation ou tout au moins inspirer de nouvelles règles d'hygiène.

C'est en songeant aux services immenses que sont appelées à rendre de semblables recherches que l'idée nous est venue de marcher à la suite de M. le Dr Bertillon et de pousser plus avant son analyse, en étudiant isolément quelques-uns des éléments qu'il a

considérés en bloc. Averti par lui-même que les documents manquaient relativement à la plus puissante des causes de mort, c'est-à-dire à la maladie, nous nous sommes attaché à l'une de celles qui ont le plus attiré l'attention par leur rapide accroissement, c'est-à-dire au suicide.

Nous ne nous flattions nullement d'enrichir la science de nouvelles découvertes ; notre but est plus modeste. Nous nous sommes proposé simplement de tirer des documents existants ce qu'ils peuvent donner ; c'est-à-dire de dégager, sous une forme explicite, les faits qui y sont implicitement contenus, tout en indiquant les documents qui font actuellement défaut et qu'il est indispensable de recueillir en vue des recherches ultérieures.

Les sources auxquelles nous avons puisé sont : d'une part, *les documents statistiques sur la France publiés par le ministère du commerce depuis 1831*; de l'autre, *le compte rendu de la justice criminelle en France, publié par le ministère de la justice, depuis 1827*. Nous avons ainsi écarté tout ce qui concerne les pays étrangers, et tout ce qui, chez nous, est antérieur à 1830 ; de sorte que les influences climatériques, celles qui tiennent au degré de civilisation, aux croyances et aux mœurs, c'est-à-dire vraisemblablement les plus importantes, nous échappent absolument. Il est certain, en effet, que les différences d'un département à l'autre ne sauraient être aussi nettes ni aussi concluantes que celles qui pourraient exister entre la France et la Sibérie ou la Cochinchine ; de même, la marche des suicides depuis un demi-siècle n'est peut-être qu'un fait particulier et accidentel ; il faudrait pouvoir suivre ces variations chez un même peuple pendant de longs siècles, non pas d'année en année, mais de génération en génération, afin de se dégager autant que possible

des cas exceptionnels, sans perdre le bénéfice de la continuité. On ne devra donc pas chercher dans notre travail une théorie du suicide que nous ne pouvions ni ne voulions faire, et nos appréciations ne seront pas données par nous comme des conclusions définitives, mais comme de simples aperçus, sollicitant les méditations des hommes compétents. Laissant de côté les considérations générales, si intéressantes qu'elles soient, nous bornons notre ambition à fournir quelques indications de plus à la pratique, soit pour éclairer la justice dans les cas où elle ne sait s'il y a eu meurtre ou suicide, soit pour déterminer d'utiles modifications dans les règlements relatifs à la constatation des décès, aux renseignements à consigner sur les procès-verbaux et à reproduire dans les documents statistiques.

Si l'hygiène et la morale publiques peuvent, en outre, tirer quelque parti de notre étude, nous nous en féliciterons comme d'une bonne fortune inespérée.

## I

### DU SUICIDE EN GÉNÉRAL

Les éléments de ce travail ont été puisés dans le « Compte général de l'administration de la justice criminelle en France », publié chaque année par le ministère de la justice. Les renseignements sur les suicides ne remontent pas au delà de 1827, et c'est en 1835 seulement que pour la première fois, on a distingué les suicidés d'après leur sexe.

La connaissance du nombre des suicides est évidemment insuffisante, il importe de le rapprocher du chiffre de la population. A cet effet, nous avons eu recours aux recensements publiés par le ministère de l'a-

griculture et du commerce. Nous ne pouvions pas remonter au delà du recensement de 1831 et nous ne pouvions dépasser les indications de celui de 1876. Leur ensemble fournit une période d'un demi-siècle.

Avant tout, nous avons dû grouper les suicides par périodes quinquennales pour les mettre en harmonie avec les recensements de population (tableau n° 1).

TABLEAU 1

*Nombre total des suicides, par périodes quinquennales, de 1827 à 1880.*

	2 sexes.	Hommes.	Femmes.	Rapports.
				(1) (2) (3) (4)
De 1827 à 1830	6.956	"	"	"
1831 à 1835	10.596	"	"	"
1836 à 1840	12.868	9.561	3.307	2.89
1841 à 1845	14.757	11.088	3.669	3.02
1846 à 1850	17.229	13.136	4.093	3.21
1851 à 1855	18.197	13.596	4.601	2.96
1856 à 1860	20.008	15.314	4.694	3.26
1861 à 1865	23.304	18.441	4.893	3.76
1866 à 1870	24.948	20.037	4.911	4.08
1871 à 1875	26.379	20.779	5.600	3.71
1876 à 1880	31.294	24.633	6.661	3.70
Moyenne . . .				3.454

Cela fait, nous avons calculé la moyenne annuelle pour chacun de ces groupes, ce qui nous a permis d'établir le tableau ci-dessous (tableau n° 2).

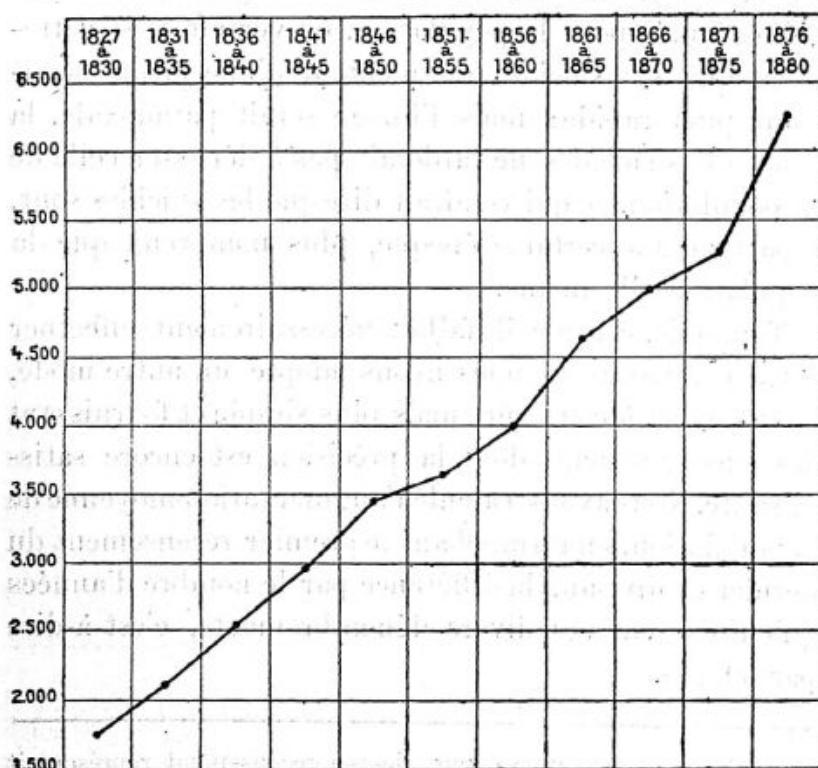
De même que, pour plus de simplicité, on regarde la population comme constante dans l'intervalle de deux recensements ; de même nous avons supposé que, pendant chaque période quinquennale, le nombre des suicides demeurait fixe et égal à la moyenne.

TABLEAU 2

*Moyenne annuelle des suicides, par périodes quinquennales,  
de 1827 à 1880*

	2 sexes (1)	Hommes. (3)	Femmes. (2)
		—	—
De 1827 à 1830	1.739	»	»
1831 à 1835	2.119	»	»
1836 à 1840	2.573	1.912	661
1841 à 1845	2.952	2.218	734
1846 à 1850	3.446	2.627	819
1851 à 1855	3.639	2.719	920
1856 à 1860	4.002	3.063	939
1861 à 1865	4.661	3.682	979
1866 à 1870	4.989	4.007	982
1871 à 1875	5.276	4.156	4.120
1876 à 1880	6.259	4.927	4.332

PL. I. — *Courbe indiquant, par périodes quinquennales, le nombre moyen annuel des suicides en France de 1827 à 1880.*



Nous avons ensuite tenté une comparaison entre la marche des suicides et celle de la population et nous avions songé à représenter cette comparaison par le tracé, sur un même dessin, de deux courbes, l'une représentant l'évolution de la population, l'autre celle des suicides; mais, en y réfléchissant, nous renonçâmes à ce procédé.

Si, en effet, on évalue les ordonnées de ces deux courbes avec la même unité, les nombres relatifs à la population étant en moyenne dix mille fois plus grands que ceux relatifs aux suicides, et leurs différences respectives étant sensiblement dans le même rapport, on obtiendrait pour la population une ligne dont la direction générale ferait avec l'axe des abscisses un angle de plus de  $60^\circ$ , tandis que la ligne des suicides serait à peu près horizontale. Si, au contraire, on évaluait les suicides avec une unité dix mille fois plus grande que celle adoptée pour la population, on verrait très nettement que les suicides augmentent d'une façon beaucoup plus rapide; mais l'image serait paradoxale, la courbe des suicides ne tarderait pas à dépasser celle de la population, ce qui voudrait dire que les suicides sont, à partir d'une certaine époque, plus nombreux que la population elle-même.

Toutefois, comme il fallait nécessairement effectuer cette comparaison, nous avons adopté un autre mode, moins exact à coup sûr, mais plus simple et fournissant des renseignements dont la précision est encore satisfaisante. Nous avons calculé l'augmentation moyenne de la population, en retranchant le premier recensement du dernier et divisant la différence par le nombre d'années qu'embrassent ces divers dénombrements, c'est-à-dire par 50 (1).

---

(1) Nous avons supposé que chaque recensement représentait

Le calcul ainsi fait nous montre que la population s'accroît annuellement en moyenne de 86,731 habitants.

Le rapport entre cette augmentation moyenne et le recensement de 1831, qui donne 32,569,223 pour chiffre de la population est 0,00266, soit un peu plus de 1 sur 400.

Pour le même laps de temps, le nombre des suicides était en 1829 de 1,904, l'augmentation moyenne de 90,6; le rapport de celle-ci à celui-là de 0,0475, soit un peu moins de 1 sur 20.

Ce qui revient à dire qu'en moyenne, en supposant dans l'un et l'autre cas une augmentation régulière (graphiquement, en remplaçant la courbe de la population et celle des suicides par deux droites joignant les points extrêmes de l'une et de l'autre), les suicides croissent sensiblement vingt fois plus vite que la population.

Il est à remarquer que l'annexion de la Savoie et du comté de Nice a imprimé aux suicides une marche ascensionnelle beaucoup plus rapide, et que la perte de l'Alsace-Lorraine n'a produit qu'un simple ralentissement, mais non une décroissance. Nous reviendrons sur ce point en étudiant les départements.

Le suicide est donc une plaie sociale rapidement envahissante. Heureusement nous sommes encore éloignés de l'époque où le suicide sera, qu'on nous passe l'expression, entré dans les moeurs ; car le rapport entre le nombre moyen des suicides et la population moyenne accuse, à très peu près, 1 suicide pour 10,000 habitants. Il faudrait de longs siècles, la situation restant la même, pour que la proportion atteignît un millième, encore

---

la moyenne de cinq années : celle dans laquelle il a eu lieu, les deux précédentes, et les deux suivantes ; la première année considérée est ainsi 1829, la dernière, 1878.

serait-elle inférieure au taux de mortalité des principales maladies graves, phtisie, variole, pleurésie, pneumonie, etc... Or, rien ne prouve que le suicide suivra toujours une marche ascensionnelle ; il est, de plus, permis d'espérer qu'une étude attentive des circonstances, soit extérieures à l'individu, soit intérieures ou tenant à sa nature physique et morale, fera découvrir des moyens efficaces de combattre ce fléau, avant qu'il constitue un danger public.

Nous allons examiner celles de ces circonstances sur lesquelles l'attention des statisticiens s'est portée jusqu'à ce jour, et dans la mesure malheureusement trop restreinte des observations qu'ils ont recueillies.

Les circonstances qui peuvent influer, tant sur la fréquence des suicides à un moment donné que sur l'augmentation de leur nombre avec le temps, sont très nombreuses, et il est à peu près impossible de les énumérer. A plus forte raison est-il impossible de mesurer l'influence de chaque agent modificateur. Nous nous bornerons donc à quelques-uns d'entre eux, ceux qui ont paru les plus importants. Nous pouvons cependant en indiquer d'autres, que nous n'avons pu étudier faute de documents, mais qui jetteraient un grand jour sur la question.

Une première étude est celle de la variation du suicide selon les lieux. Elle exigerait la connaissance du nombre des suicides pendant une période d'une génération au moins, évidemment aux mêmes dates, dans les principales contrées du globe, de manière à faire bien apprécier le rôle du climat, zones glaciales, zones tempérées, zone torride. Il faudrait en outre connaître les chiffres de population correspondants afin d'établir une comparaison de quelque valeur. Les documents font là-dessus entièrement défaut et nous ne pouvions aborder cette question.

L'Europe présente un champ encore assez vaste ; mais nous avons été arrêtés dans cette voie par un passage du livre de M. Morselli, où il dit que la statistique française est à peu près la seule qui lui ait donné des chiffres indiscutables, pouvant servir de base à des conclusions scientifiques rigoureuses. N'ayant pas si bonne opinion de notre statistique nationale, dont les lacunes nous ont tant de fois arrêté, nous avons préféré renoncer à cette entreprise, qui d'ailleurs eût exigé de notre part des démarches et des dépenses hors de notre portée. Nous nous sommes ainsi borné à la France. Mais ce qui nous a été interdit peut être accessible à d'autres, et nous faisons des vœux pour que les travaux déjà entrepris soient complétés.

La situation d'une localité, en longitude et latitude, ne suffit pas à déterminer le climat ; c'est-à-dire la température correspondante aux diverses saisons. Le voisinage des mers, des grands fleuves, la configuration et la nature du sol, montagneux, plat, aride et désert, marécageux, etc., sont des éléments dont il faut tenir compte. Il est malheureusement très difficile de les dégager suffisamment de circonstances connexes, telles que le genre de vie, le degré d'aisance, de civilisation des habitants, dont l'influence ne le cède en rien à celle du climat. On n'a donc en pareil cas que des résultats complexes, qui ne comportent pas d'interprétation rigoureuse.

La marche des suicides avec le temps ne peut être bien établie dans un pays que si l'étude porte sur une durée considérable, un siècle au moins. Et encore faudrait-il que le peuple considéré n'eût subi aucune de ces commotions brusques qui déroutent les calculateurs. Ici encore, nous avons dû renoncer à trouver une loi de quelque valeur, soit à cause du petit nombre d'années sur lesquelles nous avions des renseignements précis, soit

parce que notre pays a été plus qu'aucun autre troublé par les événements politiques, changements de gouvernements, guerres, annexions, démembrement.

Quel que soit, d'ailleurs, l'aspect sous lequel on veuille envisager la question du suicide, on reconnaît bien vite l'impossibilité d'appliquer dans toute sa rigueur la méthode propre aux sciences physiques, d'après laquelle on suppose qu'il y a identité complète entre les situations que l'on compare, sauf sur un seul point, celui précisément dont on étudie les variations. De là résulte une autre impossibilité, celle de refaire la synthèse du phénomène analysé ; c'est-à-dire de concevoir un concours de circonstances tel que tout individu qui les subira au degré convenable sera inévitablement porté au suicide. Le résultat pratique de cette synthèse serait d'empêcher, par les moyens appropriés, la réunion de ces circonstances néfastes, d'instituer l'hygiène du suicide.

Nous n'en sommes pas là et il est probable que nous n'y parviendrons jamais.

Mais, si le problème ne peut être traité dans sa complète généralité, il n'en est pas moins vrai que les renseignements recueillis sont propres à projeter quelques lueurs dans ces ténèbres, à nous fournir de précieuses indications, à circonscrire les tâtonnements. De ce qu'on ne pent obtenir le tout, il ne s'ensuit nullement qu'il ne faille rien tenter; aussi avons-nous cru faire œuvre utile en groupant les documents épars dans les recueils statistiques. Notre travail épargnera ainsi de laborieuses recherches à ceux qui voudront, à leur tour, traiter cette question. Il aura, croyons-nous, un autre avantage, celui de signaler les lacunes et les imperfections de notre statistique officielle et, par suite, d'en faciliter l'amélioration. Peut-être, enfin, trouvera-t-on que nous n'avons pas été sans mettre en lumière quelques points négligés

par les auteurs qui ont jusqu'ici écrit sur le suicide.

Nous n'avons pas cru, vu le petit nombre de questions distinctes qu'il nous était permis de traiter, classer, d'une manière philosophique, les divers agents modificateurs. Nous nous contentons d'en faire deux catégories : dans l'une, nous rangeons les influences extérieures à l'individu, celles du milieu ambiant, tant cosmologique que vital et social ; dans l'autre, les influences intérieures ou morales, tenant particulièrement à l'état cérébral (instincts divers, facultés intellectuelles, qualités du caractère). Ce dernier groupe ne nous paraît pouvoir être étudié avec fruit que par les médecins, surtout aliénistes, au moyen d'observations nombreuses, scrupuleusement exactes et savamment interprétées, portant sur des individus. Quant on considère les suicides en bloc, comme nous l'avons fait, on élimine nécessairement les particularités tenant à la constitution individuelle. On considère le suicide comme un fait d'ordre social et non point comme un problème moral, ou, si l'on veut, médical, ne comportant que des solutions individuelles. Pour nous, nous n'avons affaire qu'à des unités abstraites, dont le nombre augmente ou diminue selon les cas. Si nous constatons que, pour un même chiffre de population, le nombre des suicides est plus grand à la ville qu'à la campagne, nous en concluons que la campagne est à cet égard moins pernicieuse que la ville, et les nombres trouvés nous servent de mesure de la puissance nocive de l'une et de l'autre. Il est bien évident que, puisque nous faisons abstraction des différences individuelles, l'étude des influences intérieures n'est pas de notre ressort et que celle des influences extérieures ou de situation nous est seule accessible.

Notre limite étant ainsi tracée, nous voyons que le suicide n'est pour nous qu'un fait sur les mobiles duquel

nous n'avons pas à dissenter. Si nous avions à nous prononcer à ce sujet, nous nous placerions volontiers à la suite de M. le professeur Lacassagne, qui regarde le suicide comme une des formes de la criminalité et qui, voyant l'augmentation du nombre des suicides coïncider avec la diminution graduelle du nombre des crimes ordinaires, attribue ce fait à l'adoucissement progressif des mœurs. Il est, en effet, certain, que les crimes résultent d'une suractivité habituelle ou momentanée de l'instinct destructeur et qu'il en est de même du suicide. Or, l'instinct destructeur entre en jeu toutes les fois que nous rencontrons un obstacle à la satisfaction de nos besoins ou seulement de nos désirs, et nous porte à écarter violemment cet obstacle.

Imaginons un homme en proie à un désir d'une extrême violence qui ne puisse être satisfait que par un crime. Après avoir vainement lutté pour vaincre sa passion, et ne pouvant vivre plus longtemps dans cet état, il sera placé dans cette alternative ou devenir criminel ou se tuer, et le choix dépendra de son degré de moralité. Il y aura toujours suicide, en pareil cas, quand l'obstacle sera jugé insurmontable; mais, à côté de l'impossibilité matérielle, il y a l'impossibilité morale; tel acte que certains individus accompliront sans scrupule inspirera à d'autres une invincible répugnance, et il faut admettre qu'il en est ainsi, et de plus en plus, quand il s'agit d'actes criminels.

Ces considérations auraient besoin d'être confirmées par des observations spéciales, faites sur les aliénés. Il nous semble que l'on ne tient pas suffisamment compte des conceptions délirantes des aliénés qui ont la manie du suicide. On se borne à constater l'impulsion et à prendre des précautions en conséquence; mais cette impulsion est un phénomène complexe, dans lequel concourent un instinct aveugle, cupidité, sexualité, vanité

et un jugement de l'intelligence appréciant plus ou moins sainement l'impossibilité de donner satisfaction à cet instinct dominant et concluant à la nécessité du suicide. Nous croyons que des recherches entreprises dans ce sens feraient faire un grand pas à la théorie du suicide.

Mais tel n'est pas le but que nous nous proposons ici. Nous nous bornerons à étudier quelques-unes des influences générales auxquelles les individus sont soumis, celles du sexe, de l'âge, de l'état civil, de la profession, du domicile, et nous chercherons à savoir dans quel sens (accroissement ou diminution) ces diverses influences agissent sur le nombre des suicides. Nous aurions vivement désiré trouver quelques documents sur ce qu'on a appelé les agents sociologiques du suicide, tels que la position sociale, richesse ou misère, instruction ou ignorance, notamment sur les croyances religieuses ; mais il nous a été impossible de rien découvrir sur ces divers points, dont l'examen eût été d'un grand intérêt et d'une grande utilité.

*Suicide d'après le sexe.* — Les tableaux précédents nous permettent d'apprécier dès à présent l'évolution du suicide dans les deux sexes à partir de 1836 ; les relevés antérieurs ne donnant pas la répartition des suicides entre les hommes et les femmes.

Les tableaux n°s 1 et 2 contiennent pour chaque période quinquennale, le premier, le nombre total des suicides de chaque sexe, le second, le nombre moyen annuel.

Un premier coup d'œil jeté sur ces tableaux nous apprend que les suicides d'hommes sont beaucoup plus nombreux que ceux de femmes et dans la proportion moyenne de 3 et demi pour 1, exactement 3,454.

Ce n'est là toutefois qu'un aperçu général, le rapport varie d'une année à l'autre d'une manière très irrégulière.

lière. Cependant, on peut noter une augmentation d'ensemble de 1836 à 1866 (3,141-4,388) et cette date est le point de départ d'une diminution notable jusqu'en 1880 (3,565).

Nous avons calculé ces rapports par période quinquennale (colonne 4 du tableau 1). On y voit que les rapports n'ont dépassé la moyenne 3,454 que depuis la période 1861-1866. (Le passage s'est fait de 1861 à 1862, — 3,2 — 3,7.)

Nous n'essaierons pas d'expliquer ces oscillations; il nous suffit de les constater.

Il convient d'observer que la comparaison que nous venons de faire suppose implicitement qu'il y a égalité, sous le rapport de la population, entre les hommes et les femmes. Mais, comme il n'en est pas ainsi en réalité, que le nombre des femmes est toujours supérieur à celui des hommes, les chiffres trouvés doivent être tous trop faibles.

Pour corriger cette erreur, nous avons rapporté les nombres trouvés à la population et, pour plus de clarté, nous avons consigné dans le tableau n° 3, le nombre de suicides des deux sexes qui correspondrait à une population de 100,000 habitants exclusivement composée : tantôt d'hommes, tantôt de femmes.

En prenant sur ces nouveaux nombres le rapport des hommes aux femmes, nous avons obtenu des résultats (colonne 3 du tableau 3) un peu plus élevés que ceux précédemment trouvés, sans que pourtant la différence atteigne 1/10 d'unité, ce que l'on pouvait prévoir en comparant l'excès du nombre des femmes sur celui des hommes (296.788) en moyenne, à la population totale dont il ne représente que la 120<sup>e</sup> partie.

Les chiffres du tableau n° 1 sont donc entachés d'une erreur qui vaut, en moyenne, la 120<sup>e</sup> partie de leur valeur, c'est-à-dire toujours moins d'un dixième d'unité.

TABLEAU 3

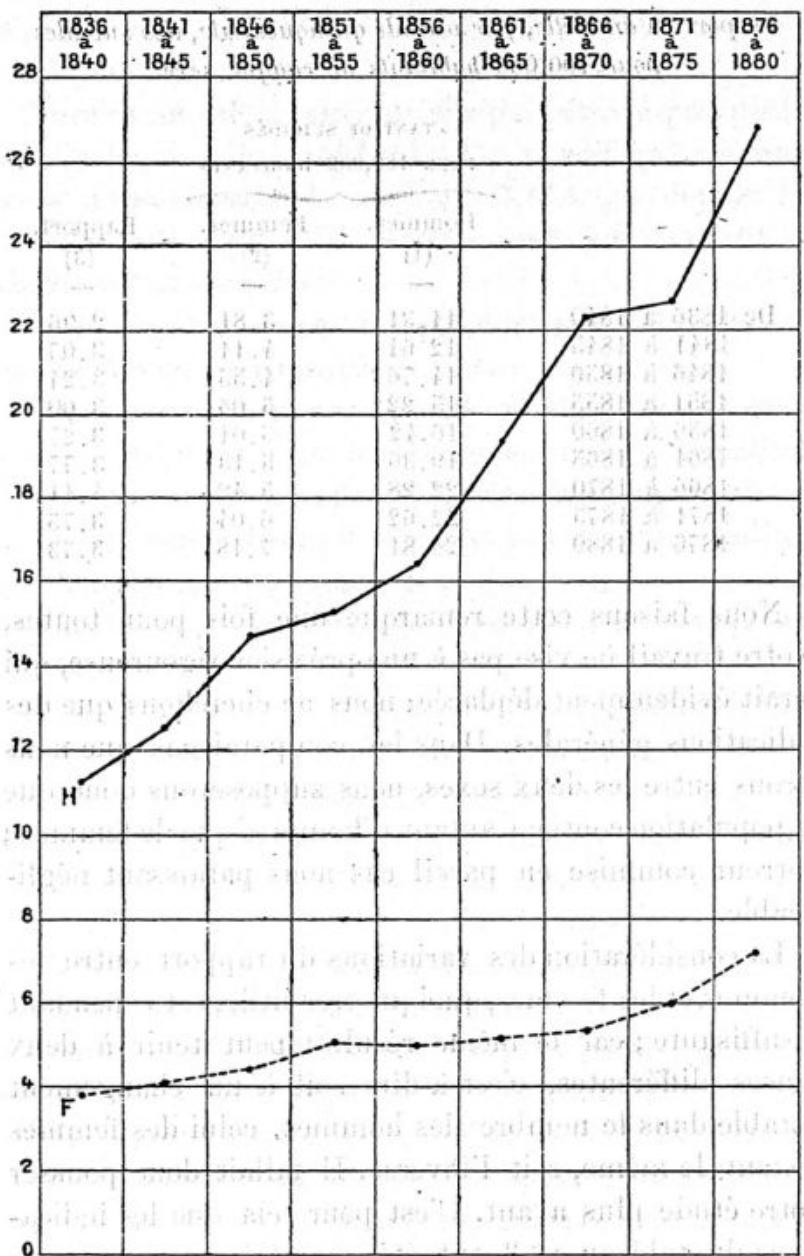
*Proportion annuelle, par période quinquennale, des suicides pour 100,000 habitants de chaque sexe.*

	TANT DE SUICIDÉS POUR 100,000 HABITANTS		
	Hommes. (1)	Femmes. (2)	Rapport. (3)
De 1836 à 1840	11.31	3.81	2.96
1841 à 1845	12.64	4.11	3.07
1846 à 1850	14.76	4.55	3.24
1851 à 1855	15.22	5.06	3.00
1856 à 1860	16.42	5.01	3.27
1861 à 1865	19.36	5.13	3.77
1866 à 1870	22.28	5.42	4.11
1871 à 1875	22.62	6.04	3.75
1876 à 1880	26.81	7.18	3.73

Nous faisons cette remarque une fois pour toutes. Notre travail ne vise pas à une précision rigoureuse, qui serait évidemment déplacée; nous ne cherchons que des indications générales. Dans les comparaisons que nous ferons entre les deux sexes, nous supposerons donc que la population contient autant d'hommes que de femmes; l'erreur commise en pareil cas nous paraissant négligeable.

La considération des variations du rapport entre les hommes et les femmes, quoique très utile, est cependant insuffisante; car le même résultat peut tenir à deux causes différentes, c'est-à-dire soit à un changement notable dans le nombre des hommes, celui des femmes restant le même, soit l'inverse. Il fallait donc pousser notre étude plus avant. C'est pour cela que les indications du tableau n° 3 ont été exprimées par un tracé.

Dans ce tracé, la ligne supérieure représente ce que nous appellerons la courbe des hommes, la ligne inférieure étant la courbe des femmes.

PL. II.— *Proportion annuelle des suicides, par périodes quinquennales et par sexes, calculée pour 100,000 habitants.*

Toutes deux sont irrégulièrement ascendantes, mais les ordonnées de la première croissent beaucoup plus rapidement que celles de la seconde.

On peut constater en outre qu'elles ne sont pas semblables. C'est ainsi que de 1841 à 1846 la courbe des hommes monte très rapidement pour rester ensuite presque stationnaire, tandis que celle des femmes croît régulièrement et lentement. De 1851 à 1856, elle augmente pour les hommes tandis qu'elle diminue pour les femmes. De 1866 à 1871, il y a au contraire plus de femmes que d'hommes. Enfin, pendant la dernière période de 1876 à 1880, il y a recrudescence parmi les hommes. A quoi tiennent ces variations ? Nos renseignements ne nous permettent pas de répondre d'une manière satisfaisante. Contentons-nous d'une moyenne générale.

Le nombre total des suicides d'hommes, de 1835 à 1880, est 148.339, et celui des femmes de 42.950.

En 1835 on a relevé 1784 suicides d'hommes et 521 de femmes.
En 1880 — 5184 — — 1454 —
Défauts..... 3400 — — 933 —

Les accroissements moyens sont :

Hommes, 74. Femmes, 20.

Le rapport de l'accroissement des suicides à leur nombre primitif en 1835, est

Hommes, 0,0415. Femmes, 0,0384.

On conclut de la comparaison de ces deux résultats que les influences inconnues qui président à l'augmentation du nombre des suicides, agissent avec un peu plus d'intensité sur les hommes que sur les femmes, mais doivent être à peu près les mêmes.

Si nous osions hasarder une conjecture pour rendre compte de la plus grande fréquence des suicides parmi les hommes, nous dirions qu'on peut l'attribuer à ce que l'instinct destructeur est beaucoup moins énergique chez

## 62 ÉTUDE STATISTIQUE SUR LE SUICIDE EN FRANCE

les femmes, comme l'indique l'observation des enfants, qu'elles sont en général plus résignées et savent mieux s'adapter aux conditions d'existence qui leur sont faites. D'autre part, elles sont beaucoup plus retenues par les croyances religieuses et par le souci de l'opinion. Enfin, elles sont moins adonnées à l'abus des boissons alcooliques qui pousse tant d'hommes au suicide.

—  
—  
—  
*(A suivre.)*

—  
—  
—

—  
—  
—  
**Médecine légale.**

## **MALADIES MENTALES DES VIEILLARDS**

ET LEUR INFLUENCE SUR LA CAPACITÉ  
POUR DONNER ET TESTER

**Par le Dr BIAUTE,**

Médecin en chef de l'asile d'aliénés de Nantes.

Je viens de rédiger une consultation sur l'état mental d'un homme qui avait fait donation de ses biens à des étrangers et qui avait présenté, durant les deux dernières années de sa vie, des signes évidents de folie. Pour faire le diagnostic de la maladie mentale et pour apprécier le degré de capacité ou de « santé d'esprit » au moment de la donation, je n'ai eu sous les yeux que les témoignages de l'enquête et de la contre-enquête autorisées par arrêt de la cour de Rennes, après le jugement du tribunal de Nantes, qui avait annulé la donation pour insanité d'esprit.

M. C... avait, à la fin de 1882 et sûrement au commencement de 1883, donné des marques de folie ; dans le cours de cette année, il y avait eu des accès nettement caractérisés par du délire des persécutions, des troubles sensoriels, de l'incohérence dans les idées et du désordre dans les actes. Il en avait été ainsi d'une manière non doutueuse vers le 15 août et du 15 au 18 octobre. La donation avait eu lieu le 23 septembre, devant un notaire de la ville de Nantes, qui avait pris les plus grandes

précautions et qui avait, pendant trois jours, soumis M. C... aux investigations les plus minutieuses, par cette seule raison qu'il se trouvait en présence d'un homme vieux, paraissant physiquement affaibli, donnant ses biens à des étrangers. M. C... s'était montré, devant ce notaire et devant le collègue qui l'assistait, maître de lui, conscient de ce qu'il faisait et possédant une volonté très ferme. En donnant ses biens à des étrangers, il avait obéi à une idée depuis bien longtemps arrêtée et prise alors que l'état mental n'avait encore subi aucune atteinte et qu'il ne pouvait même pas être suspecté. Les crises délirantes n'avaient été aperçues que par les personnes qui étaient immédiatement en rapport avec M. C..., ou qui étaient appelées auprès de lui dans les moments de maladie ; elles étaient complètement inconnues des personnes qu'il allait voir pour affaires ou autres raisons, une fois la crise passée, et ces personnes n'avaient pu entrevoir aucun acte de folie, aucun trouble des facultés, aucun affaiblissement intellectuel. Cependant, en avril 1884, M. C... est entré à l'Hôtel-Dieu, et là il s'est trouvé dans la situation d'un individu atteint de ramollissement cérébral parvenu à la dernière période, ou d'un individu atteint de démence sénile et usé par l'âge. Sorti de l'Hôtel-Dieu, il est mort le 11 juin 1884, âgé de soixante-treize ans.

L'opération à laquelle je devais me livrer était difficile et excessivement délicate ; c'était bien le cas de faire usage des sages préceptes de Lasègue et Legrand du Saulle, insérés au début d'une de leurs consultations, dont les conclusions étaient contraires à celles d'un autre médecin légiste non moins autorisé, Tardieu (1).

---

(1) Tardieu, *Étude médico-légale sur la folie*, 2<sup>e</sup> édition, 1880, page 456.

Lasègne et Legrand du Saulle s'exprimaient ainsi :

« Lorsqu'un médecin est consulté sur les nombreuses et délicates questions médico-légales que soulève l'article 901 du Code civil, il ne saurait apporter trop de précautions dans l'exercice d'un mandat où plusieurs écueils peuvent faire sombrer sa rectitude d'esprit et son amour du juste; nous pouvons être égarés par les témoignages. Il faut donc s'attacher à discerner le faux du vrai, le possible de l'improbable et ne s'en rapporter exclusivement qu'aux données de l'observation, de la science et de l'expérience. On arrive ainsi à la constatation flagrante de la vérité et, fort de sa conviction, on finit par éclairer la conscience du juge. »

Un élève de Legrand du Saulle a écrit sous l'inspiration du maître tant regretté (1) : « Au médecin, dans des cas difficiles souvent, de recomposer après coup le passé intellectuel du testateur ; à lui, avec des données incomplètes et non exemptes de passion quelquefois, de tirer des conclusions scientifiques, impartiales. La tâche est des plus malaisées ; elle l'est d'autant plus que l'auteur du testament ou de la donation n'est plus là comme sujet d'études et comme pièce à conviction. Si donc déjà, dans les examens médico-légaux ordinaires, où l'on peut étudier à loisir les troubles cérébraux, il se présente des cas qui fournissent matière à discussion, combien la vérité sera plus difficile à obtenir dans les circonstances qui nous occupent. »

Je me suis bien pénétré de tous ces principes et de toutes ces considérations pour l'expertise qui m'était demandée. J'ai étudié les faits vus, jugés et appréciés, dits sous la foi du serment comme être l'expression de la vérité ; d'un côté, étaient les témoins qui avaient vu les

(1) Broquet, *Conditions de l'état mental nécessaire pour tester.*  
Thèse de Paris, 1879.

accès de folie, qui en avaient entendu parler, qui avaient donné une signification aux actes de M. C...; de l'autre côté, étaient les témoins qui n'avaient jamais rien vu d'anormal et qui n'avaient entendu parler de folie qu'après la mort de M. C... J'ai étudié les dépositions de deux médecins qui avaient donné des soins à M. C... en octobre 1883, en avril et mai 1884, et celles de plusieurs notaires qui avaient vu M. C... différentes fois en septembre et novembre 1883, soit pour l'acte de donation, soit pour d'autres actes.

Je suis arrivé au diagnostic de la maladie mentale et j'ai pu établir quel était l'état mental de M. C... au moment de la donation.

M. C..., ancien marinier, doué durant toute sa vie d'un caractère taciturne, bizarre, original, brutal, passant même pour maniaque dans le sens vulgaire du mot, est devenu à soixante et onze ans plus sombre, méfiant, pusillanime, attributs remarqués fréquemment à cet âge; il avait mené une existence que j'ai qualifiée de misérable, sans soutien véritable, toujours loin des parents qui lui restaient et avec lesquels il était très mal depuis de nombreuses années; il habitait et prenait pension tantôt dans un lieu tantôt dans un autre, sans être poussé à agir ainsi par une conception délirante quelconque; il fréquentait les cafés et débits de vins, buvait peut-être plus qu'il n'absorbait de nourriture. Je n'en ai fait ni un alcoolique ni un débauché, mais il pouvait dépasser la mesure de ce qui lui était permis en raison de sa manière de vivre et de son âge. L'isolement, le défaut de soins, une alimentation insuffisante, quelques verres de vin ou de liqueur pris mal à propos, sont des conditions suffisantes pour avoir exagéré les travers de caractère et avoir produit, passagèrement d'abord, du délire, de l'agitation, des troubles sensoriels, comme cela est affirmé par les dépositions.

J'ai conclu ainsi qu'il suit : M. C... a vécu jusqu'à la fin de 1882 avec le caractère défectueux qui a été dépeint dans le cours de la consultation, mais les mauvais caractères ne constituent pas seuls la folie ; à la fin de 1882, la folie est survenue : folie simple, et la cause, dont il a été question aussi, l'a fait apparaître par accès nettement tranchés et définis ; entre les accès, il n'y a eu ni démence, ni incapacité pouvant empêcher d'agir dans le sens de l'article 901 du Code civil ; il en a été ainsi au moins jusqu'au 22 novembre 1883 ; les accès et leur intensité ont fini par user l'organisme et l'intelligence, ce qui ne semble évident qu'à partir d'avril 1884, et M. C... est mort le 11 juin suivant.

La date de donation correspond à un intervalle compris entre deux accès.

M. C... était sain d'esprit le 22 septembre 1883, jour où il a fait donation de ses biens.

Pour justifier ces conclusions, je serais obligé de re-later toute l'affaire. Mais j'agirai en cette circonstance comme en toutes mes expertises ; j'enverrai ma consultation avec le jugement de la cour de Rennes à notre distingué collègue, M. le D<sup>r</sup> Giraud, qui fait pour les *Annales médico-psychologiques* les « Revues médico-légales ». On la trouvera donc un jour analysée et discutée dans ce recueil avec une série de cas analogues.

A l'occasion de cette expertise, je me suis livré à un relevé statistique, afin d'avoir des faits de pratique personnelle pour le jour où je serai appelé aux débats contradictoires, exemples que dans ces sortes d'affaires il est bon d'avoir bien présents à l'esprit et prêts à citer.

Je rends compte de ce travail, et c'est le seul but de cette communication.

J'ai donc relevé le nombre d'individus âgés de plus de soixante-dix ans entrés à l'asile de Nantes dans le courant de l'année 1887, et je donne succinctement leur

observation en mentionnant la forme de l'aliénation mentale et la date probable à laquelle il est possible de faire remonter l'incapacité dans les actes civils.

L'article 901 du Code civil dit : « Pour faire une donation entre-vifs ou un testament, il faut être sain d'esprit. » En langage ordinaire, cela se traduirait par : « il faut jouir d'une raison parfaite », et cette rédaction a donné lieu à un grand nombre de jugements contradictoires, tout comme la rédaction de l'article 64 du Code pénal : « Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister », a donné lieu à des théories diverses qui ont jeté le trouble non seulement dans l'esprit des magistrats, mais encore dans celui des médecins. Je ne veux certes pas discuter ou approfondir en ce moment la valeur et la signification au sens médical des termes « sain d'esprit » du Code civil, « démence et force à laquelle on n'a pu résister » du Code pénal, mais je veux citer néanmoins la pensée de Tardieu (1) sur les qualités requises par lui des sujets dont je vais bientôt donner l'observation : « Les faits et l'expérience m'ont appris qu'il était conforme à la vérité et à la justice de ne pas limiter d'une manière trop tranchée la capacité des déments; qu'en effet, lorsque la déchéance intellectuelle et morale n'est pas définitivement consommée et que toute faculté d'attention, de réflexion et de jugement n'est pas abolie, le médecin légiste ne doit pas admettre l'invalidité radicale de tous les actes accomplis. »

Avant les cas d'asile, je relate le fait suivant : En janvier 1886, avec M. le Dr Laënnec, directeur de l'École de médecine et médecin légiste près le tribunal de

---

(1) Tardieu, *Loc. cit.*, page 117.

Nantes, j'ai été appelé à donner un avis sur la capacité de M. G..., ancien marinier, âgé de quatre-vingt-deux ans, soigné dans un cabinet particulier de l'Hôtel-Dieu. Nous reconnûmes cet homme atteint de démence sénile; il touchait au terme de son existence et, par l'examen direct et par les commémoratifs, il nous fut possible de constater l'incapacité actuelle et de faire remonter l'incapacité à quatre mois. Il mourut trois semaines après notre visite, dans mon service où il avait été admis, et les notes que j'ai conservées me le représentent comme ressemblant en tous points au tableau que M. le Dr Chartier, professeur à l'École de Nantes, a fait de M. C... pendant les deux derniers mois de sa vie. Comme M. G..., M. C... est mort quelques jours après. Par le seul effet de l'âge, sans délire spécial, sans accidents congestifs ou hémorragiques, M. G... était arrivé à la démence et à la mort, et il n'a été incapable, dans le sens de l'article 901, que pendant cinq mois environ.

J'arrive aux individus âgés de plus de soixante-dix ans, admis à Saint-Jacques en 1887. Ils sont au nombre de onze; les antécédents héréditaires sont complètement inconnus pour chacun d'eux, et l'on ne s'en étonnera pas en songeant qu'eux-mêmes n'ont pu donner de renseignements certains, ou que les personnes qui auraient pu en fournir ont pour la plupart disparu. Ces renseignements sont d'ailleurs sans importance dans la question présente.

Trois étaient atteints de folie simple, deux de démence consécutive, deux de démence sénile, quatre de folie dite organique avec affaiblissement intellectuel plus ou moins prononcé.

*Folie simple.* — 1<sup>o</sup> P... Michel, négociant, âgé de soixante-douze ans, entré le 15 mars 1887; mauvaises affaires, hypomanie aiguë; trois ans auparavant, il y avait eu déjà un accès

occasionné encore par une cause identique. Anxiété et agitation continues, P... est nourri à la sonde, le dépérissement est rapide et le décès survient le 31 mars. L'accès n'a débuté que huit jours avant l'entrée et jusqu'à ce moment, P... avait vaqué convenablement à toutes ses occupations habituelles. Entre les deux accès, on avait remarqué de l'affaiblissement de la mémoire, mais, tout bien considéré, il est certain que P... était encore capable immédiatement avant que la lypémanie soit survenue, c'est-à-dire huit jours avant l'admission à l'asile.

2<sup>o</sup> M..., âgé de soixante-treize ans, entré le 28 novembre 1887, a été doué d'une intelligence supérieure et d'une bizarrerie remarquable ; durant toute sa vie il a accompli un travail intellectuel assidu, et a dirigé une grande administration dont les détails étaient infinis. Il est reconnu que quelque temps avant l'éclosion de la maladie mentale, il avait donné des marques de fatigue cérébrale, mais il agissait encore correctement en tout dans la vie de famille et dans la vie de relation. Croyant vaincre la lassitude physique et la torpeur intellectuelle dont il avait conscience, M. M... se remit à l'usage du tabac qu'il avait abandonné depuis fort longtemps et chercha un stimulant dans les liqueurs alcooliques ; mais il fut bientôt repris par des soucis hypochondriaques qui l'avaient préoccupé à différentes époques de sa vie, et, deux mois avant l'entrée, survint un accès de manie avec besoin de mouvement, désir de se rendre utile aux classes pauvres, en trouvant le moyen de les nourrir au plus bas prix possible, correspondances incohérentes avec les administrations de l'Etat et les pouvoirs publics, délire des grandeurs, hallucinations des sens. A l'asile, cet état a persisté sans aucune atténuation ; M. M..., d'un caractère impérieux et autoritaire, est très difficile à diriger et à soigner, il se couche tard, passe des nuits dans l'insomnie complète, pensant toujours à son délire ou maintenu en éveil par les hallucinations ; il se nourrit très irrégulièrement. Il se fatigue énormément et s'use. Très hautain, il supporte peu les interrogations ; cependant il est aisé de voir que l'affaiblissement intellectuel est en voie de se prononcer de plus en plus, car toute cause délirante ou sensorielle à part, il est facile de remarquer que la mémoire se perd ; M. M... confond les dates, il ne peut les retrouver malgré de réels efforts, il lui arrive même d'oublier rapidement ce qui s'est passé il y a peu de jours, choses dont il devrait bien garder le souvenir, telles que visites de sa famille, promenades spéciales, etc. Si la vie se

prolonge et si la manie disparaît, il est probable que M. M... a toutes les chances de rester en état de démence.

En l'état actuel, je reconnais M. M... incapable de pouvoir disposer, selon l'article 901, de la portion de biens autorisée par le Code ; il est incapable depuis le mois de septembre 1887. Si l'acte de mariage ne contient pas de conventions spéciales, si aucun acte n'a été passé avant cette date, la succession serait réglée conformément aux diverses prescriptions du Code civil.

Malgré la folie que je vois évoluer, malgré l'avenir que je pressens, je ne dis pas M. M... incapable pour toujours. Si M. M... n'avait ni femme ni enfants et qu'il vienne plus tard à donner ou à tester, ce serait le cas de bien apprécier s'il était encore au moment opportun en possession des qualités requises et exposées par Tardieu dans le passage que j'ai eu occasion de citer.

Depuis l'admission de M. M... à Saint-Jacques, la famille a eu besoin d'une procuration de sa part ; j'ai cru ne devoir laisser faire aucune tentative d'explication, ni laisser venir un notaire exposer la nécessité et le but de cet acte. M. M... aurait sans nul doute refusé de signer, son délire se serait accru, et en toute conscience je n'aurais pas signé avec le malade et le notaire pour attester la « santé d'esprit » ou « l'intervalle lucide », comme on voudra.

3<sup>e</sup> P... Louis, âgé de soixante-douze ans, jardinier, admis le 3 octobre 1887, est atteint depuis quatre mois de mélancolie anxieuse survenue à la suite de perte d'argent. Il ne portait aucune trace physique d'accidents cérébraux anciens ou récents ; mais, dès l'entrée, il a été tenu au lit pour hâter la guérison de plaies variqueuses aux deux jambes.

L'affaiblissement général s'est vite accentué et aujourd'hui P... ne peut rester qu'alité, et la mort surviendra à court terme. La déchéance intellectuelle n'est pas sensible, les souvenirs sont conservés, et P... reconnaît bien la valeur de la cession de ses biens, faite autrefois à son fils ; mais il exhale sans interruption ses plaintes chimériques et ce n'est que pendant de très courts instants, que son attention peut être attirée sur un sujet quelconque, car le délire l'en détourne bientôt. Il est incapable, et l'incapacité n'a débuté qu'avec la maladie mentale, c'est-à-dire depuis le mois de mai.

*Démence consécutive.* — 4<sup>e</sup> Veuve P..., âgée de soixante-treize ans, est entrée le 23 novembre 1887 ; elle a eu un violent accès de manie au temps de la ménopause. La guérison

eut lieu, mais la maladie a reparu il y a cinq ans, et aujourd'hui la veuve P... est atteinte de démence complète et irrémédiable avec gâtsme et inertie intellectuelle profonde. En l'état, la vie peut se prolonger. La malade est complètement incapable et nous n'avons pour elle aucun indice pouvant servir à fixer la date à laquelle l'incapacité peut remonter.

5° Veuve V..., âgée de soixante-dix-neuf ans, entrée le 12 avril 1887 ; nombreux accès de folie dont les principaux ont eu lieu à la puberté et à la ménopause ; aujourd'hui elle est atteinte d'affaiblissement intellectuel survenu rapidement à la suite d'un nouvel accès caractérisé par du délire des persécutions et des hallucinations de la vue et de l'ouïe, et dont le début ne remonte qu'à deux mois environ avant l'entrée.

En l'état où se trouve la veuve V..., la vie peut se prolonger, mais la démence, selon toute probabilité, va s'accentuer de plus en plus. Elle est déjà incapable, et l'incapacité ne remonterait pas plus loin qu'au mois de janvier 1887.

*Démence sénile.* — 6° C... Jeanne, âgée de quatre-vingt-six ans, entrée le 1<sup>er</sup> juin 1887 et décédée le 11 : démence sénile dont le début remonte à deux ans, et, d'après les renseignements transcrits dans l'observation, il n'est pas possible de reconnaître la date de cessation de la capacité.

7° Veuve K..., âgée de soixante-douze ans, entrée le 4 avril 1887 : démence sénile appréciable depuis le mois de décembre 1886, perte de la mémoire, inconscience absolue. Affection cardiaque, troubles trophiques des extrémités et décès le 13 mai 1887. L'incapacité ne remonte pas plus haut qu'à quatre mois avant l'admission à l'asile.

*Démence organique.* — 8° T... Victor, soixante-dix ans, entré le 14 janvier 1887 et décédé le 5 février suivant par ramollissement cérébral. Hémiplégie gauche survenue onze ans auparavant, contracture des membres. Démence organique : actes incohérents, rires, pleurs, irritabilité et violences à l'égard de l'entourage. Les facultés n'ont commencé à s'affaiblir qu'un an avant l'entrée ; la démence et l'incapacité ne doivent être acceptées qu'à partir de cette époque.

9° G... Jean-Baptiste, soixante-treize ans, entré le 15 novembre 1887 et décédé le 13 décembre suivant par ramollissement cérébral. Nombreux accès passagers de folie alcoolique ; depuis deux ans, deux attaques d'hémiplégie gauche, dont la dernière est toute récente. C'est conséutivement à celle-ci que l'affaiblissement intellectuel s'est produit, avec perte de la mé-

moire, vives exigences, violences. L'internement a été nécessité par l'aggravation de toutes ces anomalies dont le début remonte à trois mois et l'incapacité, hors les moments de folie spéciale dont j'ai parlé, ne remonterait pas plus loin.

10<sup>e</sup> B... Michel, ancien capitaine au long cours, âgé de soixante-treize ans, est entré à l'asile le 29 décembre 1887. Il y a dix ans environ, B... fit, sur un navire, une chute qui détermina une fracture du fémur gauche ; la consolidation fut difficile et un long séjour au lit fut nécessaire ; tout le membre inférieur est resté considérablement atrophié et raccourci. A cette époque, il y eut de l'inquiétude et du délire. L'impuissance physique modifia profondément le caractère, et B... devint méfiant, exigeant, méchant. Des accidents congestifs et hémorragiques survinrent différentes fois dans la suite et provoquèrent du délire avec agitation ; il en est résulté aussi des contractures des membres, une parole embarrassée, du mâchonnement et l'obligation de rester au lit d'une manière permanente. C'est parce que B... était devenu difficile à soigner, injurieux pour les siens et les garde-malades, irritable et violent à l'occasion, qu'il a été placé à Saint-Jacques. Il ne récrimine pas contre son maintien, reconnaissant que nulle autre part il ne recevrait des soins plus assidus et plus continus.

Interrogé sur la date de sa naissance, 1815, sur les faits historiques se rattachant à cette époque et sur d'autres successivement évoqués, B... dénote des souvenirs exacts ; les choses récentes reviennent moins bien à la mémoire, mais il est possible d'avoir avec lui une conversation ordinaire. Il se rappelait parfaitement avoir fait une donation à sa femme et il comprend la valeur de cet acte ; il connaît le montant de ses rentes et de la pension qu'il reçoit de la marine.

Il n'y a qu'à redouter les emportements qui pourraient se produire si B... était contrarié dans les soins continuels qui lui sont nécessaires.

B... écoute, réfléchit, pense et répond ; les opérations sont lentes, mais elles se font. Il est encore capable actuellement, bien que l'intelligence ne soit pas d'une netteté absolue.

Nous rédigions ces notes sur lui et on faisait des démarches pour le retirer de l'asile et le faire entrer dans un hospice de vieillards, lorsqu'il a été emporté par une hémorragie cérébrale, le 28 janvier 1888.

11<sup>e</sup> P... François, âgé de soixante-quinze ans, entré à l'asile le 23 avril 1887 ; dix-huit mois auparavant, à la suite

d'une chute sur la tête, P... a présenté des troubles physiques et intellectuels; il resta bizarre, irascible, méfiant, mais le caractère acariâtre de sa femme a sans doute eu une grande influence sur la production de ces défauts. P..., horloger et musicien à l'orchestre du grand théâtre de Nantes, avait été un homme doux, rangé, ayant appris seul la musique, et ayant vécu presque tous les soirs, durant un grand nombre d'années, dans une atmosphère surchauffée et viciée. À son entrée, il présentait tous les signes somatiques de la paralysie générale, mais à cause de l'âge et du peu de temps qu'il a été soumis à mon observation, je n'ai pas cru devoir maintenir le diagnostic de cette affection; il n'y avait aucun délire, mais une lenteur très sensible dans les opérations intellectuelles. P... avait conscience de sa triste position, des lacunes qui existaient en lui, et il donnait des marques certaines d'attention, de jugement et de réflexion. Dix jours après l'admission, je le rends à un de ses parents qui veut bien le prendre chez lui et le soustraire aux brutalités de sa femme et aux inquiétudes morales que celle-ci ne cesse de lui susciter. Depuis, nous avons quelquefois revu ce grand vieillard dans les rues de Nantes, se promenant seul; rien ne le fait remarquer, et ses qualités physiques ne paraissent pas s'être amoindries. En l'état où il se trouvait à l'asile, il était capable; il l'est sans doute encore. N'ayant pas d'enfants, s'il vient à donner ses biens à ceux qui l'ont recueilli et bien soigné durant les derniers temps de sa vie, s'il devient un jour incapable, il est certain que l'on ne pourra pas rechercher l'incapacité définitive plus loin qu'au temps où il est sorti de l'asile.

Enfin, M. le Dr Giraud rapporte le cas suivant à la fin de la *Revue de médecine légale* du mois de janvier : une dame, âgée de quatre-vingt-cinq ans, veuve, ayant perdu tous ses enfants, dont la fortune devait revenir à des neveux avec lesquels elle était brouillée, ne se cachait pas pour dire depuis longtemps, qu'elle les déshériterait et qu'elle laisserait tout aux pauvres. Elle avait toujours parlé d'attacher le nom de son mari et de ses fils, auxquels elle devait sa petite fortune, à une œuvre de bienfaisance. Atteinte enfin de démence sénile, caractérisée par la perte partielle des facultés intellec-

tuelles, morales et affectives, et par la fausse conviction qu'elle était victime de vols importants, cette dame, en l'espace de quelques mois, teste selon ses désirs anciens, est interdite, est renfermée dans une maison de santé et y meurt. Quand elle a testé, elle était dans l'état ci-dessus, état sur lequel on s'appuya pour provoquer l'interdiction ; quand elle fut placée dans une maison de santé, la démence sénile était plus accentuée et très avancée, et la mort arriva peu après. Malgré l'interdiction, qui avait eu lieu après la confection du testament, il est vrai, mais peu après, malgré la démence qui devait déjà exister au temps du testament, celui-ci, après quelques hésitations, ne fut pas attaqué par la famille.

L'acte était en lui-même logique, il était la conséquence d'une pensée émise depuis longtemps et d'un délire manifesté sans aucun doute bien avant que l'affaiblissement intellectuel ait été constaté. Il eut été possible dans ce cas de mettre à profit les théories sur les intervalles lucides, et cela avec grande apparence de raison.

Si, aux onze cas d'asile, j'ajoute celui qui est cause du présent travail, celui de 1886, que j'ai cité, et celui du Dr Giraud mentionné dans les *Annales* de janvier, je relève :

1<sup>o</sup> Homme, soixante-treize ans, folie simple, plusieurs accès, mort dix-huit mois après le premier, incapacité définitive deux mois avant le décès.

2<sup>o</sup> Homme, soixante-douze ans, folie simple, deuxième accès, durée de la maladie et de l'incapacité un mois, décès.

3<sup>o</sup> Homme, soixante-treize ans, folie simple, avenir réservé.

4<sup>o</sup> Homme, soixante-treize ans, folie simple, mort prochaine.

5<sup>o</sup> Femme, soixante-treize ans, démence consécutive depuis cinq ans ; impossibilité de fixer la date de la cessation de la capacité.

6<sup>e</sup> Femme, soixante-dix-neuf ans, démence consécutive; incapacité depuis un an.

7<sup>e</sup> Homme, quatre-vingt-deux ans, démence sénile, incapacité quatre mois avant le décès.

8<sup>e</sup> Femme, quatre-vingt-cinq ans, démence sénile, décès peu de mois après l'interdiction.

9<sup>e</sup> Femme, quatre-vingt-six ans, démence sénile, décès onze jours après l'interdiction et deux ans après la constatation du début de l'affaiblissement intellectuel, sans qu'il soit possible de préciser à quel moment il a été suffisant pour déterminer l'incapacité reconnue à l'asile.

10<sup>e</sup> Femme, soixante-douze ans, démence sénile, décès cinq mois après la constatation de l'affaiblissement intellectuel, et l'incapacité ne peut pas avoir plus de durée.

11<sup>e</sup> Homme, soixante-dix ans, folie organique dont la cause remonte à onze ans; affaiblissement intellectuel constaté un an avant la mort, sans qu'il soit possible de préciser à quel moment il a été suffisant pour déterminer l'incapacité reconnue à l'asile.

12<sup>e</sup> Homme, soixante-treize ans, folie organique dont la cause remonte à deux ans; affaiblissement intellectuel constaté quatre mois avant la mort et l'incapacité ne peut pas être plus ancienne.

13<sup>e</sup> Homme, soixante-treize ans, folie organique dont la cause peut remonter à huit ans environ. Encore capable malgré les faits qui ont motivé l'internement qui ne devait pas être maintenu.

14<sup>e</sup> Homme, soixante-quinze ans, folie organique, dont la cause remonte à dix-huit mois. Encore capable, malgré les lacunes intellectuelles et malgré la séquestration qui n'a pas été maintenue.

Dans ces deux derniers cas, je me sers du terme folie organique, malgré qu'il n'y ait eu que des troubles intellectuels peu accentués, mais en raison de la cause, ils rentraient dans le cadre de cette affection. Il n'y a pas eu séquestration illégale ou arbitraire, car les actes provoqués par l'excitabilité morbide étaient bien de nature à jeter le trouble dans l'entourage et à créer un danger sérieux.

Dans le relevé que j'ai fait, la folie simple et la folie organique sont propres au sexe masculin, huit sur huit; la démence consécutive et la démence sénile sont à peu près propres au sexe féminin qui prend cinq cas sur six, tandis qu'il n'y a qu'un homme atteint de démence sénile.

Notre distingué confrère, le Dr Régis, a promis, dans les *Annales* de mars 1887, de poursuivre son étude sur la folie des gens âgés, et c'est avec grand intérêt que nous le verrions relater des cas se rapportant à un âge plus avancé que celui des malades qui ont déjà fait l'objet de ses observations.

M. Gondal, dans sa thèse de doctorat (1), a étudié la folie dans la vieillesse proprement dite et l'observation lui a démontré que lorsqu'un accès éclate, quoique basé sur un fond de démence, il est promptement suivi de mort ou de guérison, et que cette dernière solution, contrairement à ce qu'on pourrait supposer, est loin d'être rare. Mes cas de folie simple ne sont pas en désaccord avec ce qu'il a avancé.

Pour tous les gens admis à l'asile, les renseignements ne peuvent être suspectés; les personnes qui les donnaient étaient assurément exemptes de tout intérêt et de toute passion; ils étaient aussi recueillis sans idée préconçue et sans aucune tendance en vue d'une recherche, puisque l'expertise que j'ai faite ne m'a été présentée que le 3 janvier.

Je ne veux faire découler de ce travail aucune règle générale; mon intention n'a été que de livrer aux lecteurs des *Annales* un relevé statistique, fait dans le but de soutenir, exemples à l'appui, les conclusions d'une consultation sur la capacité d'un vieillard : la folie

---

(1) Goudal. *De l'aliénation mentale chez les vieillards*, thèse de Paris, 1884.

simple peut survenir dans la vieillesse, et un premier accès n'est pas suffisant pour dire que la capacité est à jamais perdue ; l'affaiblissement intellectuel, qui sera un jour la démence sénile, n'est pas d'emblée suffisant pour affirmer l'incapacité ; les affections organiques du cerveau provoquent un affaiblissement intellectuel pouvant aller jusqu'à la démence, mais cet affaiblissement intellectuel n'est pas toujours assez accentué pour enlever la capacité.

Il existe de nombreuses causes d'affaiblissement intellectuel et elles sont trop variées pour donner une classification satisfaisante. Les causes peuvent être classées en deux groupes : celles qui sont le résultat d'un état physique ou mental et celles qui sont le résultat d'un état psychologique ou mental. Les causes physiques sont généralement dues à des maladies chroniques, telles que la tuberculose, la syphilis, la maladie de Parkinson, la maladie de Alzheimer, etc. Les causes mentales sont généralement dues à des troubles mentaux, tels que la démence sénile, la maladie de Alzheimer, la maladie de Pick, la maladie de Creutzfeldt-Jakob, etc.

---

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

SÉANCE SOLENNELLE DU 29 AVRIL 1889

**Présidence de M. J. FALRET**

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

*Correspondance et présentations d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

1<sup>o</sup> Des lettres de MM. Motet et Aug. Voisin, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

2<sup>o</sup> Une lettre de M. le Dr Déricq, médecin adjoint de l'asile de Prémontre (Aisne), membre correspondant, qui pose sa candidature comme membre titulaire.

3<sup>o</sup> Une circulaire de M. Clark Bell, secrétaire général de la Société de médecine légale de New-York, qui fait connaître qu'un Congrès de jurisprudence médicale se tiendra dans cette ville, en juin 1889, et qui invite la Société médico-psychologique à s'y faire représenter par des membres délégués.

La correspondance imprimée comprend :

1<sup>o</sup> Le numéro d'avril de la *Revue de l'hypnotisme* ;  
2<sup>o</sup> *L'électrothérapie dans les maladies mentales*; par le Dr Morel, de Gand;

3<sup>o</sup> *Étude médico-psychologique sur Shakespeare et ses œuvres, sur Hamlet en particulier*; par le Dr Biaute, de Nantes.

M. BALL dépose sur le bureau la liste des travaux sortis de son service de clinique de l'asile Sainte-Anne.

*Rapport sur le prix Esquirol.*

M. PICHON.— Messieurs, vous avez nommé une Commission composée de MM. Baillarger, Blanche, Mitivié,

Ritti, et Pichon, rapporteur, à l'effet d'examiner les candidatures au prix Esquirol.

Cette année, malheureusement, contrairement à d'heureuses traditions, qui poussaient les jeunes spécialistes à se mettre sur les rangs, votre Commission n'a eu à examiner qu'un mémoire.

Ce mémoire a pour devise : *In senectute claudicat ingenium*, et a pour titre : *Contribution à l'étude sur la folie des vieillards*.

Ce mémoire, qui est divisé en dix chapitres, contient d'abord une étude sur les troubles physiques et démentiels, qui représentent la partie originale de ce travail.

Dès le début, l'auteur nous montre lui-même la fausseté de la devise qu'il a empruntée à Lucrèce : *In senectute claudicat ingenium*. A ce point de vue, si cela avait quelque importance, je dirai même qu'il a été mal inspiré dans son choix. Je ne sache pas qu'il y ait une assertion qu'on n'ait plus reproché, en effet, à Lucrèce, — et aux exemples rapportés dans ce premier chapitre, il n'est personne qui ne puisse en ajouter d'autres. — Cette légère critique de forme n'enlève rien à la valeur des faits recueillis dans cette première partie. Et je dois surtout signaler à ce propos une statistique intéressante portant sur un grand nombre de malades et basée sur un tableau proportionnel des différentes lésions physiques observées chez le vieillard au sujet du ramollissement (hémiplégie à gauche, hémiplégie à droite, etc.).

Mais pourquoi l'auteur du mémoire, qui, on le sent, cherche pour ses conclusions des données médico-légales, a-t-il omis dans cette énumération des accidents du ramollissement, la lésion circonscrite la plus importante, l'aphasie ? Il y a là une omission qui a vivement frappé votre Commission. — Mais l'auteur se rendra facilement compte de cette lacune, qu'il comblera, et qui rendra la lecture de cette première partie intéressante.

Mais après cette première partie, dans la marche que l'auteur suit pour décrire la folie proprement dite des vieillards, votre rapporteur a éprouvé une certaine déception. Il y avait une marche à prendre moins banale que celle qui consiste à étudier la mélancolie, la ma-

nie, etc., etc., *chez* le vieillard, et qui aurait consisté à étudier ce que l'auteur a pris du reste pour sujet : les différentes formes de folie *des* vieillards, ce qui n'est pas du tout la même chose.

Suivant jusqu'an bout le plan qu'il s'est tracé, il nous donne des observations intéressantes de mélancolie, de délire de persécution, de délires religieux, ambitieux et alcoolique chez les vieillards. Il termine par deux observations de paralysie générale, sans adhérence à l'autopsie. Ne serait-ce pas plutôt des lésions circonscrites ?

Votre Commission a pensé aussi que l'auteur du mémoire n° 1 faisait peut-être une erreur de pronostic en déclarant quelques formes vésaniques (manie, mélancolie) moins graves chez le vieillard. Elle a été unanime aussi à déclarer que ce mémoire ne faisait pas assez ressortir le caractère d'anxiété, etc., si particulier à la mélancolie des vieillards.

La troisième partie du mémoire est consacrée à une étude intéressante des testaments chez le vieillard.

En résumé, ce mémoire, modifié dans sa forme et débarrassé des quelques omissions que nous avons signalées, sera lu avec intérêt.

Votre Commission a pensé qu'il remplissait les *desiderata* du prix Esquirol, donné au jeune aliéniste dont le mémoire s'est le plus signalé par ses qualités de travail et de recherches cliniques.

En conséquence, elle a décidé de décerner le prix au mémoire n° 1.

Le mémoire couronné est dû à M. THIVET, interne de la Maison nationale de Charenton. Le lauréat reçoit les félicitations du président.

### *Éloge de A. Dechambre.*

M. RITTI. — Messieurs, notre siècle a vu des médecins qui, sans titre officiel ni attaché à aucun corps constitué, surent acquérir, grâce à leur savoir et à leur talent, une autorité légitime : leurs appréciations étaient impatiemment attendues, leurs critiques redoutées et leurs conseils fréquemment suivis. Ces médecins étaient des journalistes ; ils se nommaient Jules Guérin, Amé-

dée Latour, Peisse, Dechambre, Brochin : tous esprits supérieurs et écrivains d'un rare mérite, également passionnés pour la propagation de la vérité scientifique et la défense des droits professionnels.

Le premier — le maître — fonda la *Gazette médicale de Paris*, dans laquelle les autres firent leurs premières armes. Savant de premier ordre, mais tempérament agressif, il aimait la lutte et la recherchait; il se jetait volontiers en pleine mêlée, frappant d'estoc et de taille, ne concédant jamais rien, sûr, en agissant ainsi, de faire taire ses adversaires et de rester maître du champ de bataille.

Intelligence de moindre envergure, mais nature plus souple, Amédée Latour était admirablement doué pour faire valoir les idées des autres. Pendant près d'un demi-siècle, il a mis sa plume si vive et si alerte au service des causes les plus diverses, dont la plupart excellentes ; mais ce qu'il a dépensé d'esprit, de verve et de sensibilité, pour fonder et développer l'Association générale des médecins de France, ceux-là seuls le savent qui ont pris la peine de feuilleter la collection de l'*Union médicale*.

Brochin, Dechambre et Peisse étaient, à des degrés et à des titres divers, des philosophes, que le souci constant des idées générales éloignait de l'empirisme pur. Pour eux, l'étude de la médecine était moins un but qu'un moyen, celui d'augmenter la somme des connaissances scientifiques, seul terrain solide sur lequel puissent s'édifier les plus hautes spéculations. De tels esprits accueillirent avec faveur la création de la Société médico-psychologique, qui devait se consacrer à l'étude de la nature humaine sous ses multiples aspects. Tous trois s'y firent inscrire comme membres fondateurs et prirent une part active à ses travaux.

Nommé, dès le premier jour, secrétaire général, Dechambre eut la délicate mission de guider les premiers pas, nécessairement un peu timides, de notre Compagnie, qui depuis a pris une extension que ses débuts ne permettaient guère de prévoir. Cela seul suffit pour que nous honorions sa mémoire; mais les services signalés qu'il a rendus à la médecine ne sauraient nous laisser indifférents. C'est pour moi une tâche bien douce

de vous les rappeler et de rendre ainsi un dernier et solennel hommage à ce savant distingué, d'un esprit si juste et si pénétrant, à ce moraliste fin et délicat, qui a bien voulu m'honorer de son amitié.

Amédée Dechambre naquit à Sens (Yonne), le 12 janvier 1812. Son père, modeste employé de la sous-préfecture, mourait deux ans après, victime de son dévouement. C'était en février 1814. Les alliés, après douze jours de siège, avaient pris la ville d'assaut. Livrée au pillage, rien n'y fut épargné, pas même l'Hôtel-Dieu; les sœurs, l'économe, l'aumônier, tous avaient fui devant la soldatesque en fureur, et les nombreux malades qui s'y trouvaient, atteints du typhus, y restèrent abandonnés sans soins et sans direction. C'est alors que le père de Dechambre, « sollicité au nom du bien public, selon les « expressions mêmes du *Registre des bienfaiteurs des hospices de Sens*, consentit à se charger de cette « dangereuse mission. Mais, au bout de quelques jours, « il fut atteint de la maladie qui enlevait tant de mal- « heureux autour de lui, et succomba victime de son « dévouement, emportant du moins les regrets de la « Commission des hospices et ayant bien mérité de la « ville entière. »

Cet acte d'abnégation devait avoir sa récompense. La municipalité de Sens ne fut pas ingrate : par une délibération en date du 8 avril 1823, elle accorda à Amédée Dechambre, ainsi qu'à son frère Paul-Édouard, une demi-bourse au collège de la ville. C'était, pour une famille dans la gêne, un secours inespéré, et, pour les deux enfants, le moyen de continuer des études commencées avec succès.

Dechambre conserva toujours pieusement la mémoire de ce bienfait, et, l'occasion s'en présentant, il en exprima sa publique gratitude. Le 22 décembre 1880, il fit hommage à la bibliothèque de sa ville natale d'un exemplaire du *Dictionnaire encyclopédique*, et il écrivit, sur la première page de cette œuvre, la dédicace suivante : « J'offre cet ouvrage à la ville de Sens « comme un témoignage de reconnaissance pour l'in- « struction que j'ai reçue gratuitement dans son collège, « et comme hommage à la mémoire de mon père dont « un acte de dévouement, accompli en 1814 au prix de

« sa vie et mentionné sur les registres de la municipalité, m'a valu cette précieuse faveur. »

Dans ce collège, alors réputé pour un des meilleurs de la province, Dechambre fit, en compagnie de camarades dont les noms ont acquis une certaine célébrité : Camille Doucet, Charton, Vuitry, d'excellentes études classiques; il y puisa cet amour des lettres antiques qui ne le quitta jamais. Il considérait avec raison cette première éducation littéraire comme une semence déposée dans l'esprit, qu'il ne fallait pas laisser dépérir. Cette culture assidue des humanités, tout en procurant les plus vives jouissances, est, il faut l'avouer, la meilleure et la plus admirable des préparations pour les luttes du journalisme; elle permet de polir les armes que la science médicale fournit.

Ses classes terminées, Dechambre vint à Paris pour y commencer ses études de médecine : il avait dix-sept ans, très peu de ressources et aucune protection. Tout le pressait à faire vite afin de se procurer des moyens d'existence. Il choisit le chemin le plus court, en prenant des inscriptions en vue d'obtenir le grade d'officier de santé. Mais un esprit de cette trempe a beau être pressé par le besoin; le sentiment de sa valeur, le désir d'arriver plus haut, l'atmosphère ambiante même, tout réagit sur lui. Écartant cette prudence timide qui l'empêche de prendre l'essor, il abandonne les voies étroites qu'il semblait devoir suivre paisiblement et marche avec assurance dans un champ moins limité.

Il se mit vaillamment à l'œuvre et put conquérir, un an après son arrivée à Paris, le diplôme de bachelier ès sciences physiques, seul titre exigé alors au début des études médicales. En 1831, il se présentait au concours de l'externat des hôpitaux et fut reçu. Dès lors, notre jeune étudiant put faire ce qu'il désirait si vivement : il prit ses inscriptions pour le doctorat; il obtint même du Conseil royal de l'instruction publique l'autorisation de faire convertir en inscriptions pour le doctorat celles qu'il avait prises en vue du grade d'officier de santé.

Pour vivre à Paris, Dechambre ne recevait de sa mère qu'une subvention de quinze francs par mois. On se demande avec raison comment, avec ces ressources

plus que modiques, il arrivait à faire face aux difficultés de l'existence et aux exigences dispendieuses des études qu'il avait entreprises. Un de ses biographes (1) nous assure qu'il « y parvint cependant, non seulement à « force d'économies et en se refusant de connaître aucun « des faciles plaisirs de la vie d'étudiant, mais surtout « en associant sa vie à celle de son camarade Mercier, « en s'installant avec lui dans une modeste chambre, « où — c'est lui-même qui le rappelait souvent — ils « préparaient de leurs mains un repas plus que frugal. « Leurs frais d'installation, de chauffage et d'éclairage « étaient ainsi partagés, et, il faut le dire, réduits à « presque rien. Les bibliothèques publiques leur four- « nirent les livres dont ils avaient besoin ; les cours de « la Faculté et les cliniques hospitalières leur enrichis- « saient la mémoire de notions et de faits dont ils « savaient, dans leurs conférences du soir, discuter la « portée et résumer les enseignements. Quelques leçons « données par-ci par-là à des étudiants pressés d'obtenir « leur diplôme de bachelier ; plus rarement la copie de « travaux littéraires ou la rédaction d'observations « médicales, venaient accroître leurs modestes res- « sources. Ils en profitaient alors pour aller, l'estomac « léger, mais l'esprit tout rempli de leurs souvenirs « classiques, s'enthousiasmer, au Théâtre-Français, en « écoutant les chefs-d'œuvre de Corneille ou de Racine. »

Ces petites débauches artistiques, Dechambre les trouvait trop rares, à son gré. Pour les recommencer, il employait toutes les ressources de son esprit ingénieux, cherchant à attendrir son ami et à le décider à ouvrir la bourse commune. Vains efforts ! Il en était, le plus sou-

(1) L. Lereboullet, *A. Dechambre, sa vie, ses œuvres*; Paris, 1887, p. 10. — C'est assurément la biographie la plus complète et la plus exacte qui ait été publiée sur Dechambre; nous croyons même qu'il est difficile de faire mieux. Notre savant ami, M. Lereboullet, a épousé le sujet; nous devons ajouter qu'il l'a traité, non seulement en érudit, mais en homme de cœur. Le portrait qu'il a tracé du maître restera. Venant après lui, notre tâche devenait plus facile : nous n'avions qu'à puiser dans les renseignements si nombreux qu'il nous fournissait. Nous en avons largement profité ; et si cet Eloge a quelque valeur, il le devra surtout à cette collaboration.

vent, pour ses frais de diplomatie. Mercier eût, sans doute, été heureux de satisfaire ces goûts de dissipation, mais la dure et inflexible nécessité l'obligeait à de pénibles refus.

Lorsque le choléra éclata à Paris, en 1832, Dechambre, comme tous les étudiants en médecine, fit son devoir : il fut attaché à une ambulance desservant le quartier de la place Maubert, et, pendant toute la durée de l'épidémie, il demeura à son poste, donnant ainsi, à l'âge de vingt ans, un exemple de ce courage médical qu'il devait célébrer soixante années plus tard dans des pages si éloquentes.

Mais les fatigues de ce service, les privations qu'il était obligé de s'imposer, auraient ébranlé une constitution plus vigoureuse que la sienne. Dechambre ne fut pas atteint du choléra, mais il présenta tous les symptômes d'une fièvre typhoïde grave. Dès les premières atteintes du mal, on le fit partir pour son pays natal. Il y fut entouré des soins affectueux et dévoués de sa mère, qui n'épargna ni peine ni fatigue pour conserver à la vie un fils si tendre et dont elle était justement fière.

La convalescence fut longue, mais triste aussi : la cruelle maladie avait interrompu ses études et lui avait fait perdre presque tous ses cheveux. Court fut ce moment d'abattement. La jeunesse et la santé eurent bientôt raison de ces noirs soucis. Si « le travail est un trésor », il est aussi un remède. Dechambre se l'appliqua et s'en trouva bien, si bien même qu'il se trouva, l'année suivante, prêt à concourir pour l'internat : il fut reçu en même temps que Béhier, Boinet, Jacquemier, Roger, etc., qui eurent des fortunes diverses, mais qui tous restèrent ses amis. Il fut attaché à l'hospice de la Vieillesse (femmes) et, sauf une interruption de quelques mois, y resta près de quatre ans.

En 1834, l'hospice de la Salpêtrière n'avait pas cette universelle renommée que nous lui connaissons aujourd'hui et qu'il doit à une suite non interrompue, depuis près d'un demi-siècle, de médecins aliénistes et neuro-pathologistes, éminents par leurs travaux et par leur enseignement. Mais, à cette date, le souvenir ne s'y était pas encore perdu d'une période

non moins glorieuse de son histoire, celle illustrée par les Pinel, les Esquirol et les Rostan. Les leçons de ces savants maîtres étaient, elles aussi, suivies par un auditoire curieux et enthousiaste ; la jeunesse venait s'y instruire sur des questions qui à cette époque, comme encore de nos jours, avaient le don de passionner tous les esprits. La médecine mentale et nerveuse ne touche-t-elle pas aux problèmes les plus élevés et les plus controversés de la nature humaine ?

Un homme attirait alors l'attention du monde savant, par sa parole et par ses écrits. Anatomiste aux vues synthétiques, ses travaux sur le système nerveux trouvèrent en Cuvier un critique plus sévère que juste ; physiologiste hardi, sa théorie cérébrale eut l'insigne honneur d'avoir Bonaparte pour implacable ennemi ; philosophe, il est un des rares penseurs qui concurent l'étude de l'esprit humain comme indépendante de toute métaphysique pour l'élever à la dignité d'une science : à tous ces titres, Gall — car c'est de lui que je veux parler — mérite une des premières places dans l'histoire des sciences biologiques de ce siècle. Ses idées remuèrent profondément les intelligences et donnèrent une très vive impulsion aux recherches sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux.

Gall, de son vivant, eut autant d'adversaires que de partisans : la mort, qui ensevelit souvent dans la même tombe et l'homme et ses opinions, ne mit pas fin à la lutte. Il laissait de nombreux disciples. Le plus illustre, à qui son génie donnait quelque droit à dicter le jugement de la postérité, se fit le défenseur éloquent des idées du maître, dans des leçons qui, au dire des contemporains, furent une série de triomphes. Dans ce cours mémorable de 1836, on entendit la grande voix de Broussais tonner pour la dernière fois contre l'ontologisme des adversaires de la phrénologie, et mettre au service de celle-ci les restes d'une ardeur près de s'éteindre.

A côté des adversaires systématiques et des partisans enthousiastes, s'était formée une phalange de travailleurs qui, tout en s'inspirant des idées de Gall, cherchaient la solution du problème posé par lui en se servant d'une méthode plus exacte et surtout plus appropriée, celle

de l'observation clinique associée aux recherches de l'anatomie pathologique. Esquirol et Rostan poussaient les jeunes gens dans cette voie féconde et leur donnaient l'exemple. Qui ne connaît ces admirables travaux sur l'apoplexie et sur le ramollissement cérébral, presque tous sortis de l'école de la Salpêtrière ? Il est impossible de passer sous silence la grande découverte qui y fut faite, toujours à l'aide de la même méthode, par M. Foville et Pinel-Grandchamp, des fonctions intellectuelles de la couche corticale du cerveau, découverte qui valut à ces deux jeunes auteurs le prix institué par Esquirol. Enfin, l'épilepsie et l'hystérie, ces deux affections nerveuses si fréquentes dans ce « grand emporium des misères humaines » (Charcot), ont été, de la part des maîtres et des élèves, l'objet d'études patientes et de descriptions précises, qui n'ont rien perdu de leur valeur et de leur exactitude malgré les immenses progrès accomplis depuis lors.

L'histoire, dit-on, ne se répète jamais. On serait plutôt porté à dire qu'elle est une imitation, lorsqu'on suit les diverses étapes scientifiques de l'hospice de la Salpêtrière. A cela, rien de surprenant. Les sujets de recherche y sont toujours les mêmes ; les observateurs seuls changent, qui contribuent tous, chacun selon son inclination et son pouvoir, à l'augmentation du capital scientifique déjà accumulé. Parmi ces sujets de recherche, toujours renaissants, il est curieux de trouver, à plus d'un demi-siècle de distance, ce qu'on appelle aujourd'hui l'hypnotisme et qui portait autrefois le nom de magnétisme animal. A l'époque où Rostan, Esquirol et son élève Georget s'en occupèrent, on peut dire que la question n'était pas mûre ; elle n'était surtout pas dégagée de cette compromission charlatanesque qui lui a nui si longtemps auprès des corps savants. Ils firent cependant de leur mieux pour extraire la vérité scientifique des multiples singularités de ce phénomène aux allures si mystérieuses ; ils poussèrent même plus loin leurs expériences : ils essayèrent les effets du magnétisme sur le traitement de la folie.

Déjà en 1813, puis en 1816, Esquirol avait fait avec le brahmane Faria quelques tentatives de ce genre sur onze femmes aliénées, maniaques et monomaniaques ;

mais elles n'eurent aucun résultat. Une seule de ces malades, éminemment hystérique, céda à l'influence magnétique ; mais son délire n'éprouva pas de changement. Le magnétisme ne produisit aucun effet sur les dix autres aliénées. Le grand aliéniste ajoute qu'il répéta plusieurs fois, avec divers magnétiseurs, ces mêmes essais, sans obtenir plus de succès (1).

Interne d'Esquirol, Georget assista aux expériences de 1816. Doné d'une merveilleuse activité d'esprit et plus excité que rebuté par les difficultés, il reprit les expériences de magnétisme animal, « sans enthousiasme, dès le premier abord, » comme il l'avoue lui-même. Après avoir longuement « vu, observé, expérimenté », il passa « de l'incrédulité, ou plutôt de l'ignorance, à la croyance, à la connaissance des faits », selon ses propres paroles. Mais de la croyance à la crédulité, il n'y a, en pareille matière, qu'un très petit pas à franchir, et Georget, on peut le dire, l'a sauté. Il lui a suffi de rencontrer un jour une certaine hystéro-épileptique, atteinte de somnambulisme magnétique qui lui donnât des indications — un peu fantaisistes, il faut l'avouer — sur le jour et l'heure de ses attaques, sur le traitement à lui faire suivre et même sur sa guérison radicale prochaine. Georget, émerveillé, en conclut que « cette personne lui a offert des phénomènes fort étonnans de *prévision* et de *clairvoyance*, tellement que, dans aucun ouvrage de magnétisme, il n'a rencontré rien de plus extraordinaire (2) ».

Les erreurs des grands esprits sont des leçons de modestie et d'indulgence. A la distance où nous sommes, la méprise de Georget se perd au milieu des vérités dont il s'est fait le défenseur ; elle ne saurait en rien diminuer notre admiration pour ses talents et son mérite. Il avait trente-trois ans à peine, lorsqu'il mourut, et déjà il s'était élevé au premier rang par ses travaux sur la folie et la physiologie du système nerveux, et aussi par sa vigoureuse campagne en faveur de l'irresponsabilité pénale des aliénés.

(1) Esquirol, *Des maladies mentales*: Édit. belge, t. I, p. 78.

(2) *De la physiologie du système nerveux et spécialement du cerveau*. Paris, 1821, t. I, p. 268 (note) et t. II, p. 404.

Lorsque Dechambre arriva à la Salpêtrière, on n'y avait pas perdu le souvenir des expériences de Georget; on s'y montrait même les *sujets* qui lui avaient servi pour ses recherches. Deux étaient même célèbres : Pétronille et Manoury, veuve Brouillard, dite Braguette, — leurs noms ont passé à la postérité. Notre jeune interne trouva l'occasion excellente de contrôler les phénomènes extraordinaires dont on s'entretenait autour de lui. Avec le concours de ses amis H. Roger, Diday, Peisse et quelques autres, il entreprit une série d'expériences, s'entourant soigneusement de toutes les précautions voulues pour déjouer les supercheries des prétendues somnambules. Aussi, à la grande surprise des jeunes expérimentateurs, aucune des merveilles annoncées ne se reproduisit; le charme semblait rompu : une légère brise de scepticisme avait suffi pour tout faire évaporer, et la double vue, et la transposition des sens, et la prévision, et même la découverte des maladies par l'imposition des mains sur les organes.

Dechambre rendit compte de ces résultats dans une lettre publiée dans la *Gazette médicale de Paris* du 12 septembre 1835. Ce feuilleton d'un jeune homme de vingt-trois ans, écrit dans une langue excellente, est plein d'une fine et piquante ironie ; dans une série de scènes dialoguées, formant autant de petits tableaux de genre, on assiste aux expériences : on voit la malheureuse somnambule s'ingénier afin de conserver son bon renom de *lucidité*; malgré tous ses efforts, elle fait le contraire de ce qui lui est suggéré; aussi, fatiguée de la lutte, honteuse de son insuccès, elle s'avoue vaincue et disparaît, jurant sans doute, « mais un peu tard, qu'on ne l'y prendrait plus. »

Les mêmes qualités de composition et de style se retrouvent dans une seconde lettre publiée dans le numéro du 22 avril 1837 du même journal. Il s'agit cette fois de somnambules extra-lucides, de celles qui diagnostiquent les maladies avec plus de sûreté que le meilleur des cliniciens, et dont la thérapeutique est plus riche par son extraordinaire fantaisie que par la variété des indications. Dechambre nous fait assister à deux de ces consultations extra-médicales. C'est certes la plus amusante comédie de mœurs que de voir opérer gravement

Céline — ainsi s'appelle l'une des somnambules — magnétisée non moins gravement par un médecin (1), « bien jenne alors, mais qui, heureusement pour la « philosophie médicale, s'est voué depuis à des travaux « plus sérieux » ; puis d'entendre les dissertations cliniques de Colette, l'autre somnambule, endormie par sa tante à l'aide de passes magnétiques des plus énergiques. Il y a là des scènes dialoguées, prises sur le vif, à faire croire que l'auteur assistait, le carnet à la main, derrière un rideau.

Ces deux feuillets eurent le plus vif succès ; ils le méritaient. En les relisant aujourd'hui, on ne peut s'empêcher de penser aux *Lettres provinciales*. Pascal devait être un des livres de chevet du jenne journaliste ; l'imitation du grand écrivain lui avait porté bonheur.

Mais ce n'était là que les moments de récréation de cet esprit si actif; le meilleur de son temps était consacré à perfectionner ses études cliniques, à aiguiser son sens d'observation, à réunir enfin de nombreux documents pour de sérieuses publications. Dès la première année de son internat, il put envoyer au *Journal des connaissances médico-chirurgicales* le récit d'une épidémie de grippe à laquelle il venait d'assister à la Salpêtrière. Peu après, il collaborait avec son chef, le Dr Hourmann, à des *Recherches cliniques pour servir à l'histoire des maladies des vieillards*. Ce travail, qui parut dans les *Archives générales de médecine*, est justement estimé, et mérite de l'être. Un mémoire non moins intéressant est celui qu'il donna au *Bulletin clinique de Pierry* et qui relate deux observations de paralysie directe, c'est-à-dire d'hémiplégie avec lésion cérébrale du côté des membres paralysés.

Dechambre était arrivé au terme de son internat sans être docteur en médecine ; il avait subi un échec à son premier examen, et ne se sentait pas le courage d'affronter de si tôt ses juges. Il attendait ; mais, comme il fallait vivre, il s'attacha à Jules Guérin, en qualité de chef de clinique et de secrétaire. Il collaborait aussi non seulement au journal de son nouveau maître, mais encore

---

(1) Le Dr Foissac.

à d'autres feuilles plus récentes. Dans l'une d'elles, *l'Esculape*, fondée en 1839 par Furnari, il commença le 12 avril 1840 une série de feuillets humoristiques, qu'il intitula : *Les Mouches*. « J'emprunte cette idée, dit-il en guise de préface, « à un ingénieux écrivain qui « publie sous le titre : *les Guêpes*, une revue mensuelle « de tout ce qui se qui se passe de sérieux ou de plai- « sant dans le monde politique et la société parisienne. « J'ai pensé que les guêpes étaient des insectes trop « méchants pour notre petit monde médical, où il y a « plus souvent à gronder qu'à châtier. »

Que ce programme n'ait pas été suivi à la lettre, personne ne s'en étonnera. Par un mode de transformisme, inconnu de Lamarck, mais qui n'eût peut-être pas échappé à la sagacité de Darwin, ces mouches inoffensives devinrent parfois guêpes : elles piquèrent, mais sans jamais laisser de venin.

*L'Esculape* n'eut qu'une existence éphémère; mais la plume de Dechambre ne devait pas rester oisive. Avec son ami Mercier, le jeune et brillant journaliste fonda *l'Examinateur médical*, dans lequel il continua ses attaques, souvent un peu vives, contre certaines personnalités du corps médical. On criait au scandale, on trouvait mauvais d'étaler ainsi au grand jour des plaies qu'il était préférable de cacher. Dechambre, piqué au vif, prit la défense des libertés de la critique et s'écria dans un mouvement d'indignation : « Montrer du doigt, dans le « corps médical, le membre corrompu qui répand autour « de lui une odeur de vénalité, ou le membre rapace qui « qui dérobe le bien d'autrui, ou le membre qui insulte « et prévarique dans l'ombre ou par procuration, quoi ! « c'est là du scandale ! Le scandale à présent consiste à « stigmatiser et à honnir les choses scandaleuses ! »

Dechambre avait sans doute raison, trop raison peut-être ; il l'apprit à ses dépens. Peu de temps après cette éloquente diatribe, *l'Examinateur médical* dut cesser sa publication. Ce fut un bien pour son rédacteur en chef, qui, redevenu libre de son temps, put enfin s'occuper de l'obtention de ses grades académiques. Nous sommes à la fin de 1843, et Dechambre allait avoir trente-deux ans. Il sentait tout ce qu'avait de pénible cette situation de vieil étudiant et il désirait y mettre un terme.

Il demanda et obtint l'autorisation de passer ses examens à la Faculté de médecine de Strasbourg. Il se rendit dans cette ville au commencement de janvier 1844, et n'y resta qu'un mois. Ce mois lui suffit pour passer ses cinq examens de doctorat, et soutenir sa thèse qui traitait de l'hypertrophie concentrique du cœur et des déviations de l'épine par rétraction musculaire.

De retour à Paris, Dechambre s'y installa définitivement. Désormais il fera de sa vie deux parts : l'une, destinée à sa clientèle ; la seconde, la meilleure, consacrée à l'étude, aux travaux de cabinet. Jules Guérin, qui savait apprécier le talent et surtout s'en servir, l'attacha par un lien plus intime à la *Gazette médicale de Paris*; il fit de lui le rédacteur de la partie médicale, après la retraite de Genest. Pendant près de dix ans, de 1844 à 1853, Dechambre, qui était une plume d'action, ne laissa passer aucun numéro sans y collaborer. Non seulement il faisait la besogne courante du journal, mais il y insérait des mémoires originaux, qui sont tous des modèles de savoir, de méthode et de style.

Cette situation dépendante — et le caractère entier de Jules Guérin n'en admettait pas d'autre — ne pouvait durer indéfiniment. Un jour vint où la séparation se fit, non à l'amiable, mais à la suite d'incidents pénibles où les torts furent du côté du maître; celui-ci engarda longtemps une rancune violente, qui ne s'éteignit même jamais complètement. Il n'est donné qu'aux âmes élevées ou aux natures indifférentes de pardonner les torts qu'elles ont faits aux autres.

Dechambre ne resta pas longtemps un journaliste en disponibilité. « Un homme entre tous clairvoyant, sa « gace, libéral, homme d'ailleurs avec qui l'on a juste- « ment pu dire, dans les deux acceptations du mot, que « *le commerce était sûr* (1) », l'éditeur Victor Masson vint lui proposer la rédaction en chef d'un nouveau journal de médecine. Il accepta avec empressement ; le plus beau de ses rêves se réalisait : avoir un journal à soi, où l'on a ses coudées franches, où l'on peut dépenser

(1) Dr Diday, in *Lyon médical*, 1886, p. 66.

sans compter cette ardeur généreuse pour le vrai et le bien que rien n'a pu éteindre, où l'on apporte à la défense des intérêts scientifiques et professionnels cette expérience chèrement acquise dans les luttes les plus diverses. N'était-ce pas un programme bien noble et bien ambitieux ? Et cependant il fut rempli, grâce à l'association de deux esprits d'élite, faits pour s'entendre. « En fondant ensemble la *Gazette hebdomadaire* », dit avec raison M. le Dr Diday, « Dechambre et Masson s'étaient mutuellement devinés, pressentis jusqu'au bout, et — de la part de l'éditeur, de père en fils — ces deux pures et vives forces alliées, convergeant toujours en ligne droite vers le but le plus élevé, ont imprimé au journalisme médical un triple caractère d'utilité, de dignité, de moralité dont la science, l'enseignement, la profession n'ont pas cessé et ne cesseront pas sitôt de bénéficier. »

Le premier numéro de la *Gazette hebdomadaire* parut le 7 octobre 1853. Depuis ce jour jusqu'à la veille de sa mort, pendant plus de trente ans, Dechambre appliqua les idées qui lui étaient chères et qu'il avait émises dès 1841. « Le journalisme médical, écrivait-il à cette date, sauf quelques exceptions rares et accidentelles, ne consiste guère qu'en un recueil de faits ; ces faits tels qu'ils sont ne suffisent pas à constituer scientifiquement la plupart des parties qui composent le domaine de la médecine ; il faut ouvrir de nouvelles voies à l'observation ; il importe peu que les observations particulières soient plus longues ou plus courtes, mais il importe surtout de les recueillir à la lumière d'idées générales ; un contrôle rigoureux doit être exercé sur les prétendus faits qui se produisent journalièrement dans le domaine public : le journalisme médical critique est donc un besoin de l'époque (1). »

La collection de la *Gazette* n'est que le long commentaire de ce vœu de jeune homme. Dechambre était admirablement préparé pour le mettre en action : ses connaissances étendues, sa vaste érudition, ses qualités de style, donnent à tous ses articles la solidité en même

(1) In *Examinateur médical*, 1841, p. 2.

temps que le charme. Personne mieux que lui n'avait approfondi l'histoire de la médecine ; il avait étudié en philosophe les nombreuses doctrines qui se sont succédé depuis Hippocrate et, à propos de discussions mémorables, il a prouvé que, s'il savait les apprécier historiquement, il ne se laissait pas dominer par elles. S'il admirait les anciens, s'il admettait la tradition, ce n'était point par soumission avengle, il aimait trop le libre examen ; mais il était convaincu que l'amour passionné du progrès n'exclut pas le respect des ancêtres et que les plus grands génies se sont honorés en reconnaissant ce qu'ils devaient à leurs prédecesseurs.

Si on voulait représenter une allégorie du journalisme médical, on pourrait emprunter aux Romains la figure d'un de leurs dieux, le dieu de la paix, aux deux faces adossées l'une à l'autre : celle qui est en arrière contemple le passé ; celle qui regarde en avant cherche à scruter l'avenir. Ce n'est qu'en se plaçant entre ces deux points de vue opposés que l'écrivain et le penseur peuvent juger sainement les questions, générales ou spéciales, qui s'agitent autour d'eux.

« L'histoire, a dit un philosophe (Diderot), est le « flambeau de la vie et l'œil de l'avenir. » Dechambre s'est servi de ce flambeau pour éclairer les jeunes générations médicales. Dans son ardent amour du progrès, il s'efforça de faire entrer la médecine dans les voies nouvelles, en aidant aux transformations si profondes qui se sont produites et dans les méthodes et dans l'enseignement. Les discussions des Académies et des sociétés savantes, les livres nouveaux, tout ce qui se disait et se publiait lui donnait l'occasion de développer les idées qui lui paraissaient justes et progressives. On goûtait ses articles, non seulement pour le style d'une clarté et d'une précision si caractéristiques, mais aussi pour leur extrême bon sens, cette « puissance de bien juger et distinguer le vrai d'avec le faux ». Il était rare qu'on ne fût pas de son avis et qu'on ne se rendît à ses appréciations.

Dès le premier jour, il s'entoura d'une phalange de jeunes savants, les choisissant, dans toutes les branches de la médecine, parmi ceux qui avaient déjà marqué dans les concours ou qui avaient su se mettre en vue

par quelque travail original. C'était là une source intarissable où le rédacteur en chef venait puiser au fur et à mesure des besoins du journal. Il serait trop long de citer ici les noms; j'en pourrais passer, et des meilleurs, parmi ceux qui, depuis un quart de siècle, ont acquis dans la science une juste renommée.

Dechambre donna toujours dans sa *Gazette* une place importante à la médecine mentale; il aimait l'étude si attachante des problèmes qu'elle soulève, et s'il ne lui consacrait pas tout le temps qu'il aurait désiré, c'est que d'autres soins l'en détournaient. Mais il se souvenait qu'il était membre de la Société médico-psychologique; parmi ses collègues, il trouvait des écrivains compétents pour exposer dans son journal les questions si délicates de psychologie morbide. Il choisit ainsi successivement notre vénéré maître, M. Delasiauve, puis Morel, Linas, d'autres encore.

S'il laissait liberté entière à ses collaborateurs, qui, sous son habile direction, se mettaient vite au ton bien-séant de la maison, il se réservait de traiter certains points particulièrement délicats, ceux qui ont trait à la déontologie médicale. En ce qui concerne la médecine mentale, on n'a pas oublié le remarquable article qu'il écrivit à propos de la discussion sur le divorce et la folie, qui eut lieu en 1882 à l'Académie de médecine.

La question avait été portée à la tribune de cette Compagnie par M. Blanche. Notre éminent collègue, se plaçant au point de vue de la clinique et aussi à celui de l'intérêt des malades, se posa en adversaire décidé de la dissolution du mariage dans les cas d'aliénation mentale d'un des deux conjoints, la folie fût-elle même reconnue comme absolument incurable par une commission de médecins. Notre savant confrère, M. Luys, se constitua, on s'en souvient, le champion de la thèse opposée, en s'appuyant sur des preuves anatomo-cliniques et sur des arguments de sentiment qui avaient trait non à l'aliéné lui-même, mais à son conjoint sain d'esprit.

Dechambre (1), abandonnant le côté médical de la

(1) In *Gazette hebdomadaire*, numéro du 2 juin 1882.

question, la transporta du domaine de la biologie pure dans les régions plus élevées de la morale sociale. Lais-  
sant « ces disputes d'asile et d'amphithéâtre », il posa hardiment les principes suivants : « En soi, dans son « essence même, cette invasion de la pathologie dans le « contrat de mariage est anormale et subversive. Jus-  
« qu'ici, la loi ne s'est enquise de la maladie de ses jus-  
« ticiaires qu'à leur profit, pour les décharger de de-  
« voirs onéreux, ou pour les soustraire à l'action pénale.  
« Rien de plus juste ni de plus moral : devant la puis-  
« sance publique, l'infirmité est un malheur, un objet  
« de commisération et de respect. Et voilà qu'on lui  
« demande de la traiter en réprouvée. Et cela pour le  
« plus grand bien du conjoint ou de la conjointe qui,  
« peut-être, aura par sa dissipation, par son inconduite,  
« par l'adultère, provoqué la folie du pauvre divorcé  
« sans le savoir ! »

Il sait bien qu'en parlant ainsi, il se fera classer parmi ceux qu'on appelle les *sentimentaux*; mais qu'im-  
porte ! Comment d'ailleurs s'y prendre « pour ne l'être  
« point dans une question qui met en jeu le sentiment  
« le plus universel et le plus respecté dans les temps  
« anciens comme dans les modernes : celui de la fa-  
« mille » ?

Un des arguments invoqués en faveur du divorce dans les cas de folie incurable, c'est que cette terrible affection ne saurait être comparée à d'autres maladies non moins incurables ; Dechambre y répond en terminant son article : « Un fou, dit-on, est bien différent « d'un phtisique ou d'un cancéreux ; il n'a plus sa per-  
« sonnalité psychique. C'est incontestable, et quand « nous prenons les intérêts de l'aliéné, nous n'oublions « pas qu'il a perdu la raison. La conséquence brutale, « c'est que, en lui, le conjoint ne perd pas grand'chose. « Peu à peu, l'aliéné devient insensible à la sollicitude « des siens ; il finit même par ne plus les reconnaître. « Mettons, si vous voulez, qu'il ne les reconnaît plus « dès le premier jour : la thèse reste la même. C'est « un spectacle cruel, révoltant pour un *sentimental*, que « celui d'un malheureux, — victime peut-être, nous « l'avons déjà dit, de l'union conjugale, — dont la vie « physique et la vie intellectuelle achèvent de se dis-

« soudre dans un coin d'asile, pendant que l'épouse étale, dans une existence nouvelle, la fortune qui lui a été gagnée ; pendant que, possédée par l'autre époux à qui il faut plaire, riche de nouveaux enfants qu'il faut élever et amuser, elle est amenée par la force des choses à délaisser entièrement, à oublier celui qui n'a jamais eu d'autre pensée que celle de l'aimer et de l'enrichir. Qu'on en pense ce qu'on voudra, oui, encore une fois, nous sommes sensible à ce genre d'infortune. »

C'est ainsi que ce juste et ce sage comprenait ces questions qui agitent et troublent notre époque. En démontrant par un fait particulier, que toute législation, si elle doit s'appuyer sur la science, ne doit pas oublier le point de vue moral, Dechambre a rendu un grand service et qui fut très apprécié. Cet article, si judicieux et si honnête, fit le tour de la presse et il ne fut pas sans exercer une heureuse influence sur les décisions de nos législateurs.

Avec un tel souci de la morale, on ne s'étonnera pas que Dechambre eut le soin le plus jaloux de la dignité de sa profession. Il redoutait par-dessus tout le reproche de mercantilisme auquel n'échappe pas même le journalisme médical. Ce n'est que dans ces dernières années qu'il voulut condescendre à la publication d'annonces sur la couverture de la *Gazette* ; mais jamais il n'accepta d'insérer, sous quelque forme que ce soit, une réclame quelconque dans le corps du journal.

Un jour, un fabricant de spécialités pharmaceutiques vint dans son cabinet pour lui apporter un de ces articles, pompeusement intitulés : *Thérapeutique*, qui, sous une apparence scientifique, prônent un médicament nouveau et se terminent invariablement par le nom et l'adresse d'un pharmacien. Dechambre parcourait le manuscrit, lorsqu'il vit son interlocuteur glisser timidement quelques billets de banque sur le coin de son bureau. Il se demanda s'il fallait rire ou se fâcher de l'aventure. Il prit le parti d'en rire : il éconduisit poliment ce solliciteur au portefeuille si bien garni, en lui faisant comprendre qu'il s'était trompé d'adresse et qu'en frappant à la porte de tel autre journal de médecine, son or et sa prose seraient reçus avec empes-

sement. Le marchand d'oviétan, d'abord surpris de ce refus, dut ensuite sourire d'un pareil désintérêt. En effet, pourquoi ne pas faire comme tout le monde ? C'est justement ce qui distinguait Dechambre ; il semblait avoir pris pour maxime de sa vie ce conseil de la marquise de Lambert à sa fille : « Il faut être, dit-on, « comme les autres ; ce *comme* s'étend bien loin. Ayez « une émulation plus noble : ne souffrez pas que personne ait plus d'honneur, de probité et de droiture « que vous. »

En 1864, deux éditeurs aux grandes initiatives, Asselin et Victor Masson, décidèrent la publication d'un *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* ; ils en confierent la direction à Dechambre et à Raige-Delorme. Au bout de deux volumes, ce dernier se retira ; Dechambre resta seul à la tête de cette œuvre monumentale, « qui fut comme le couronnement de sa vie et qui restera l'honneur de sa mémoire. »

Il en conçut le plan sur l'échelle la plus vaste ; car il s'agissait de parcourir tout le cycle des connaissances médicales, dans leur plus large acception : ce qui explique la place importante donnée aux sciences dites accessoires, telles que la physique, la chimie, la botanique et la zoologie, et à celles que j'appellerais volontiers dérivées, comme l'anthropologie, la géographie médicale, l'hygiène et la démographie, sans oublier l'histoire, la biographie et la bibliographie. L'immensité et la variété de ce programme n'étaient pas faites pour effrayer Dechambre ; mais il ne s'illusionnait pas sur les difficultés d'exécution. Il possédait heureusement toutes les qualités nécessaires pour mener à bien une pareille entreprise : l'opiniâtre ténacité, la patience persévérente, le savoir multiple, et surtout une grande facilité de travail.

On se fait difficilement une idée de la tâche à remplir, rien que pour l'établissement de la table des matières d'une encyclopédie. Et cependant c'est par elle qu'il faut commencer. Aucun terme, ancien ou nouveau, ne doit être oublié, si l'on veut être complet. Et être complet, n'est-ce pas la qualité maîtresse d'un tel ouvrage ?

Littré raconte quelque part comment il fit son dic-

tionnaire de la langue française (1). Dans ce récit d'une exquise bonhomie et d'une modestie touchante, l'illustre penseur nous fait assister aux préparatifs et aux progrès de son œuvre. Il avait adopté un système de fiches, consacrées chacune à un mot, et sur laquelle étaient inscrits successivement tous les renseignements relatifs à ce mot, qu'il trouvait ou qu'on voulait bien lui faire parvenir. Je vois encore, sur une table proche de celle sur laquelle il travaillait, cette énorme caisse contenant par ordre alphabétique des milliers et des milliers de cartons blancs, recouverts de son écriture un peu archaïque. Lorsqu'on lui apportait un terme nouvellement usité — il aimait beaucoup, cet excellent maître, cette collaboration volontaire, venant surtout de jeunes gens — il prenait une fiche, l'y inscrivait, établissait son étymologie, en donnait la définition ; puis elle allait trouver sa place dans la caisse à côté de ses aînées.

On trouvait dans le cabinet de Dechambre une caisse semblable : c'était la table des matières de son Encyclopédie. Chacun des petits cartons contenait, écrits de sa main, outre le mot, sujet de l'article, le nombre de pages qui devaient lui être consacrées, le nom de son auteur et la date à laquelle celui-ci devrait s'exécuter. Sur ces petits cartons, se lisait les noms les plus illustres de la médecine, à côté de ceux de personnalités plus modestes. Tous tenaient à honneur de collaborer, sous la direction d'un chef estimé et aimé, à une œuvre aussi éminemment utile.

Ce système de fiches, outre cette incontestable utilité administrative, en présente une non moindre pour ce qui concerne les *renvois*. Ces renvois sont, on le sait, la grande préoccupation, l'écueil aussi de tous les auteurs de dictionnaires. Cet écueil, d'Alembert et Diderot le connaissaient déjà et ils s'étaient appliqués à l'éviter, sachant très bien que de renvoi en renvoi on finit souvent par l'omission. Et, selon la sage parole de Diderot (2), « il vaut encore mieux qu'un article soit mal

(1) *Études et glanures, pour faire suite à l'Histoire de la langue française*, Paris, 1880.

(2) Art. *Encyclopédie*, in Œuvres complètes, publiées par J.

« fait que de n'être point fait. Rien ne chagrine tant un lecteur que de ne pas trouver le mot qu'il cherche. » Comme de coutume, mettant l'exemple à côté du précepte, il raconte l'anecdote suivante : « Un honnête homme achète un ouvrage auquel j'ai collaboré (il s'agit du Dictionnaire de médecine de James) : il était tourmenté par des crampes, et il n'eut rien de plus pressé que de lire l'article *Crampe* : il trouve ce mot, mais avec un renvoi à *Convulsion*; il recourt à *Convulsion*, d'où il est renvoyé à *Muscle*, d'où il est renvoyé à *Spasme*, où il ne trouve rien sur la *Crampe*. » « Voilà, je l'avoue, ajoute-t-il, une faute bien ridicule ; et je ne doute point que nous ne l'ayons commise vingt fois dans l'*Encyclopédie*. »

L'œuvre de Dechambre tombe-t-elle aussi souvent dans le péché d'omission, et risque-t-on, en la feuilletant, de courir la mésaventure de l' « honnête homme », dont parle Diderot ? J'en doute fort, surtout pour toutes les grandes questions, qui sont magistralement traitées et constituent des monographies dont la science et l'érudition sont au-dessus de toute critique. Je ne dis pas que si quelque esprit chagrin se mettait à éplucher les cent volumes du Dictionnaire, il ne trouverait pas de ci de là, quelque oubli, quelque erreur à signaler ; mais je suis convaincu qu'il ne relèverait que des fautes vénielles, ne diminuant en rien la magistrale grandeur de l'ensemble.

Une critique plus juste, et qu'on n'a pas manqué de faire à l'*Encyclopédie des sciences médicales*, c'est que, dans l'espace de vingt-cinq ans qu'a nécessité sa publication, la science a progressé, des découvertes importantes ont été faites, des idées nouvelles ont été jetées dans la circulation ; par suite, les articles des premiers volumes semblent être de la science ancienne, lorsqu'on les compare à ceux des volumes plus récents. A cet inconvénient, Dechambre a su heureusement parer, grâce à la riche synonymie médicale. Je n'en citerai qu'un exemple : Axenfeld a donné, en 1868, une excellente monographie de l'ataxie locomotrice qui résume admi-

---

Assézat et M. Tourneux, Paris, 1876, t. XIV, pages 414 et suiv.

rablement la science du moment. En vingt ans, une question de cette importance, qu'une nuée d'observateurs s'acharne à élucider, subit une transformation presque complète. Le lecteur du Dictionnaire n'en perd rien, un heureux hasard voulant que cette douloureuse maladie de la moelle porte aussi le nom de *tabes dorsalis*.

De nombreux faits analogues pourraient être cités : ils démontrent avec quel soin vigilant Dechambre se tenait au courant de la science, il n'avait pas d'ambition plus élevée que de faire de son œuvre une représentation exacte des connaissances médicales de la fin de ce siècle, et pour y arriver, il travaillait sans cesse, il travaillait toujours, sans se lasser ni désespérer. Le chemin, dans lequel il s'était volontairement engagé, était rude ; il le suivait allègrement et avec confiance, car il en connaissait le but, celui d'être utile à ses contemporains et aux générations futures.

« Le moment le plus glorieux pour un ouvrage de « cette nature, écrit Diderot en parlant de son *Encyclopédie*, ce serait celui qui succéderait immédiatement « à quelque grande révolution qui aurait suspendu les « progrès des sciences, interrompu les travaux des arts, « et replongé dans les ténèbres une partie de notre « hémisphère. Quelle reconnaissance la génération qui « viendrait après ces temps de trouble ne porterait-elle « pas aux hommes qui les auraient redoutés de loin, et « qui en auraient prévenu le ravage, en mettant à l'abri « les connaissances des siècles passés ! »

Peu s'en fallut que ces mélancoliques paroles du philosophe ne devinssent, il y a dix-huit ans, une triste réalité. Une fureur incendiaire s'était emparée d'une insurrection en déroute ; elle n'épargnait rien, ni musées, ni bibliothèques, ni habitations privées. Dechambre eut l'inexprimable douleur de voir consumer par les flammes tout ce qu'il possédait. De la quantité de matériaux qu'il avait accumulés depuis dix ans, des nombreux manuscrits de ses collaborateurs, il ne restait plus qu'un amas de cendres. Tout était à recommencer.

On a beau être stoïcien et s'être même répété à satiété, avec Lucrèce, qu'il est doux de contempler des calmes hauteurs de la philosophie les luttes et les erreurs de la

pauvre humanité ; lorsque pareil malheur vous arrive, il faut du temps pour s'en consoler. Dechambre, qui avait l'âme forte et le caractère élevé, eut bientôt fait de surmonter cette période d'affaissement, suite naturelle de tout choc moral ; il se remit à l'œuvre avec une ardeur nouvelle et, au bout de peu de temps, il put reprendre la publication de son *Dictionnaire* au point où de dououreux événements l'avaient interrompu.

Diriger une telle œuvre jusque dans ses moindres détails, revoir les manuscrits, corriger les épreuves, surveiller la mise en pages, exciter le zèle de ses collaborateurs en entretenant avec chacun d'eux une correspondance assidue, tel fut, jusqu'aux derniers jours de sa vie, le labeur de Dechambre. On se demande comment il faisait pour y suffire et pour rédiger encore une quantité innombrable d'articles dont plusieurs ont une importance capitale.

Au directeur incombaît la tâche délicate de présenter la nouvelle œuvre au public. Il le fit dans une *Introduction*, écrite en un style simple et mesuré, où, après avoir fait l'histoire des lexiques et des dictionnaires publiés depuis l'invention de l'imprimerie, et avant de faire connaître le plan de l'*Encyclopédie*, il jette un coup d'œil, « non pas précisément sur l'état présent de « la médecine, mais plutôt, pour employer une expres- « sion d'outre-Rhin, sur son *devenir* ; en un mot, il « examine brièvement d'où elle vient et où elle va. »

Quelles directions suivent-elles, les sciences médicales ? Elles sont, dit excellemment Dechambre, « enga- « gées dans des voies neuves ; voies d'expérimentation « et de pénétrante analyse, où elles semblent se préci- « piter chaque jour avec plus d'ardeur, et d'où elles ont « rapporté déjà un bagage considérable de notions pré- « cieuses. Ces notions, sorties de l'analyse, ont permis, « par leur précision et leur caractère d'évidence, de « constituer nombre de synthèses partielles qui ont « éclairé d'un jour magnifique certaines parties, naguère « profondément obscures, de la physiologie et de la « pathologie (pour ne rappeler que ce qui nous touche « le plus). Avec l'accroissement des faits, l'accroisse- « ment des termes ; avec la révolution des choses, la « révolution des mots. La langue médicale a subi un

« remaniement tel que, sur beaucoup de points, elle  
 « n'est plus intelligible à ceux qui ont dormi une  
 « quinzaine d'années. Nous voyons, en second lieu,  
 « toutes les branches de la science médicale en corréla-  
 « tion étroite, ou, pour emprunter à la philosophie un  
 « mot heureux, dans un état forcé d'*interdépendance*,  
 « en même temps que chacune d'elles se développe  
 « dans une direction particulière; semblable à ces fleurs  
 « appelées *clivines*, qui vivent séparées, mais qui, à de  
 « certains moments, se rapprochent pour se féconder. »

Des nombreuses monographies qu'il a données dans son *Dictionnaire*, il faut spécialement citer les articles suivants : *Anatomie des beaux-arts*, *Asthénie*, *Déterminisme*, *Eléments morbides*, *Songes* et, enfin, *Déontologie*. Ce dernier fut très vivement goûté dès son apparition. Tous les amis de l'auteur, tous ses collaborateurs, tous ceux, enfin, qu'avaient impressionnés ces pages d'un sens droit, d'une fine observation et d'une saine morale, l'engagèrent vivement à leur donner le développement du livre. Il résista d'abord à ces amicales instances ; mais, convaincu à la fin qu'il y avait un service à rendre à ses confrères, il céda et écrivit ce volume, petit par le format, mais riche par son contenu — *multa paucis* — qu'il intitula simplement *Le Médecin*, en lui donnant pour épigraphe cette noble et fière devise : *Obliquam fuge, ama rectam.*

A l'enseignement de ses devoirs, l'homme préfère généralement l'affirmation de ses droits. Dechambre se garde bien de flatter cette faiblesse de notre nature. Le médecin — il le prouve surabondamment — a beaucoup moins de droits à revendiquer qu'il n'a de devoirs à remplir. Il ne s'agit pas seulement de ces obligations légales qu'il ne saurait enfreindre impunément, mais aussi et surtout de cet ensemble de qualités morales qui ennoblissent notre profession, l'élèvent au-dessus de toutes les autres et lui amènent l'estime générale. Mais, selon les paroles du maître, « la première condition pour que la dignité médicale soit respectée, c'est que le médecin lui-même en soit pénétré plus que personne. Quand il se sera dit que son importance dans la société, découlant du bien qu'il est appelé à faire, ne doit être employée qu'à faire le bien en réalité, et

« ne doit pas dégénérer en une force abusive dont les « malades aient à souffrir, il aura posé la grande règle « de toute sa conduite. « Là où est l'amour des hommes « est aussi l'amour de l'art », est-il écrit excellemment « dans *les Préceptes d'Hippocrate.* »

Le médecin se trouve constamment en face de situations difficiles, délicates, où sa réputation, son honneur même, peuvent être mis en jeu. Dans ces moments d'hésitations et d'incertitudes, plus fréquents qu'on ne l'avoue, n'est-on pas heureux de trouver un guide sûr et éclairé, qui écarte des voies obliques et mène dans le droit chemin ? Pour remplir ce rôle élevé, personne plus que Dechambre ne possédait l'autorité morale nécessaire, « cette grande autorité que seule peut conférer une existence digne de l'estime et du respect de tous. Il fallait toujours avoir été honnête. » Il fallait aussi une connaissance approfondie de la nature humaine, une observation aussi perspicace que bienveillante, mais ne se laissant jamais tromper par ce qu'on a appelé avec raison les sophismes du cœur. Grâce à ces qualités, Dechambre était un « directeur » incomparable ; il « était devenu l'arbitre suprême et respecté de toutes les dissensions déontologiques ». Son livre, dont on peut dire qu'il est l'homme lui-même, est une sorte de casuistique médicale qu'on ne consulte jamais en vain. Tous les cas de conscience professionnels, depuis les plus simples jusqu'aux plus complexes, y trouvent une solution, toujours dictée par le bon sens, l'honneur et la justice, qu'il s'agisse du devoir du médecin vis-à-vis de lui-même ou de ses relations avec ses clients et ses confrères. Tout jeune docteur, en quittant les bancs de l'école, devrait se munir, comme d'un talisman, de ce code des devoirs et des droits de notre profession. N'est-ce pas le plus bel éloge à faire de l'œuvre de notre regretté collègue ?

De si importants travaux faits concurremment ne se mènent point, on peut le penser, sans une existence d'une invariable régularité. Littré, ce bénédictin laïque, travaillait habituellement de nuit ; il se mettait à l'ouvrage vers sept heures du soir, après un frugal repas, et, pendant plus de vingt ans, il ne s'est jamais couché avant trois heures du matin. Dechambre, lui, se levait

lorsque Littré se couchait. Dès l'aube, en été, et bien avant l'aube, en hiver, il était à sa table de travail. C'est durant ces premières heures du jour, dont le calme est si propre à la méditation, qu'il écrivait ses articles du journal et du Dictionnaire. La journée était occupée par la clientèle, les devoirs académiques, les recherches ; quelques-unes de ses soirées étaient données au monde, à des amis, à des élèves, heureux de le posséder ; mais il se retirait toujours à une heure déterminée, qu'on ne pouvait lui faire passer. Une de ses soirées était consacrée à son excellent ami Brochin ; c'était celle du mercredi. Après avoir donné le bon à tirer du numéro de la *Gazette*, il se rentrait avec lui dans un restaurant du quartier du Luxembourg. C'étaient deux esprits faits pour s'entendre, deux natures qui, en se rencontrant, devaient se lier d'une amitié que le temps et les circonstances ne parvinrent ni à interrompre, ni à refroidir. N'ont-elles pas quelque chose de touchant ces agapes fraternelles, réunissant périodiquement ces deux amis que les exigences d'une vie occupée tenaient séparés l'un de l'autre ?

Tous ceux qui ont connu Dechambre, et qui l'ont approché, n'oublieront jamais son abord réservé, presque froid, sa figure impassible à la bouche railleuse, aux yeux vifs, brillant derrière les lunettes. Mais lorsqu'on avait le bonheur d'entrer dans son intimité, on n'était pas peu surpris de trouver, sous cette froideur et cette réserve, le cœur le plus chaud, l'intelligence la plus enthousiaste ; on se donnait alors tout entier. Il excitait des affections respectueuses, des amitiés fidèles, dont à défaut de famille — Dechambre ne s'était jamais marié — il sentait tout le prix. Pour nous, les jeunes, il y avait comme de la vénération dans les sentiments qu'il nous inspirait. Et c'était justice ; n'était-il pas pour nous l'image vivante de l'honnêteté et de la probité médicales, dans leur acception la plus élevée ?

Ce qui donnait encore plus d'agrément, et de charme à son commerce, c'était la variété de sa culture intellectuelle. D'une érudition très étendue, il avait un goût particulier pour l'art et la littérature de la Grèce et de Rome. Il excellait particulièrement à traiter ces questions médicales qui sont sur les confins de l'archéologie

et de l'histoire. Les juges les plus compétents ont favorablement accueilli sa savante *Etude sur le caractère de la figure d'Alexandre le Grand et de celle de Zénon*, et ont apprécié les recherches qu'il a publiées, en collaboration avec M. Charcot, sur *Quelques marbres antiques concernant des études anatomiques*. On n'a pas oublié non plus ses mémoires sur la *Maladie de François I<sup>er</sup>*, sur le *Service de santé militaire chez les Romains*, sur le *Pansement chez les anciens*, sur d'autres points historiques encore, qui, tous, portent la marque d'un sens critique très juste, mis au service d'une érudition de bon aloi.

Comme tous les esprits élevés, Dechambre avait une prédilection pour la poésie ; avec Voltaire, il pensait que « si elle occupe un si haut rang parmi les beaux-arts », c'est qu'elle est « la musique de l'âme, et surtout des âmes grandes et sensibles ». Poète à ses heures, rompu aux mille difficultés de la versification, il a écrit un grand nombre de petits poèmes, des fables, des nouvelles. Les pièces qu'il a publiées, l'*Ode à Bichat*, un *Episode de la vie médicale*, les *Commandements du médecin*, d'autres encore, prouvent une fois de plus, après Haller, après Littré, que « le positivisme des sciences naturelles n'exclut pas l'inspiration poétique ».

Dechambre avait gardé de sa jeunesse un goût très vif pour le théâtre. Il en parlait volontiers et les juge-ments, pleins d'aperçus ingénieux, qu'il portait sur l'art dramatique contemporain, montraient qu'il était bien au courant de cette partie si riche et si variée de notre littérature. Rien de ce qui concerne l'humanité, aimait-il à répéter après Bacon, ne doit être étranger au médecin. Mais les meilleures productions de ce temps lui paraissaient inférieures à celles du XVII<sup>e</sup> siècle. Il avait conservé son amour de jeunesse pour nos grands tragiques qu'il avait entendu interpréter par Rachel ; il en savait par cœur les plus beaux passages et c'était un charme de l'entendre dire quelque tirade de *Bérénice* avec les inflexions de voix de la grande tragédienne : on saisissait mieux les nuances délicates des sentiments exprimés dans les vers exquis de Racine.

« Si le bonheur qu'on cherche est le prix du vrai sage, » selon la parole de Voltaire, Dechambre a dû être un

homme heureux. Vrai sage, en effet, il l'était. Modéré dans ses désirs et ses ambitions, il mettait bien au-dessus des distinctions et des honneurs qui étaient venus à lui, ces satisfactions intimes que procure le devoir accompli, ces jouissances profondes que donne le travail intellectuel. Heureux, il l'était ; car il voyait prospérer les œuvres auxquelles il avait consacré le meilleur de son temps, le meilleur de lui-même ; il se voyait entouré d'amis anciens ou nouveaux, vieux ou jeunes, qui avaient tous pour lui une affectueuse déférence : se sentir estimé et aimé de ceux que soi-même on aime et on estime, n'est-ce pas là un élément du bonheur ?

Le 5 avril 1885, les collaborateurs de Dechambre se réunirent et décidèrent de faire exécuter son buste, comme un hommage affectueux de leur admiration et de leur respect. Une souscription fut ouverte : ses listes se couvrirent rapidement ; on y trouve les noms les plus illustres du corps médical, en même temps que ceux de tous les amis de notre collègue.

Dechambre se montra très sensible à cette touchante manifestation : il en ressentit aussi un juste sentiment de fierté. Nous attendions avec impatience la date fixée par lui de la fête qui devait rassembler tous ceux qui l'avaient connu et aimé. Quelques jours à peine nous en séparaient, lorsque, le 20 décembre 1885, il fut frappé d'apoplexie. Les soins les plus intelligents et les plus assidus ne purent enrayer le mal, il était sans remède.

« Sentant sa mort prochaine », Dechambre voulut remplir un dernier devoir. De ses deux œuvres, la première, la *Gazette hebdomadaire*, était en pleine prospérité ; la seconde, le *Dictionnaire encyclopédique*, n'était pas encore terminée. Pour continuer l'une et compléter l'autre, il lui fallait un digne successeur. Il voulut l'indiquer lui-même. Son choix tomba sur M. le D<sup>r</sup> Lereboullet, qui, depuis plus de douze ans, vivait dans l'intimité du maître. Ces relations de tous les instants lui avaient permis d'apprécier les mérites de ce médecin distingué, ses connaissances étendues, son aptitude au travail et ses qualités d'écrivain. En lui transmettant son héritage intellectuel, il savait le léguer à des mains pieuses qui ne le laisseraient pas dépérir. Peu d'heures après avoir accompli cet acte suprême, Dechambre s'é-

teignit. C'était le 4 janvier 1886 ; huit jours à peine le séparaient de sa soixante-quatorzième année.

Je n'oublierai jamais cette sombre et froide journée de janvier, où nous conduisîmes à sa dernière demeure le maître regretté. Je vois encore devant sa tombe plusieurs générations d'amis, qui, tous, étaient envahis d'une tristesse douloureuse à la pensée qu'ils ne le reverraient plus. C'est la poitrine oppressée et les yeux pleins de larmes qu'ils s'éloignèrent, les discours prononcés, du lieu de son éternel repos.

Mais Dechambre n'est pas mort tout entier ; la meilleure partie de lui-même n'est pas descendue dans son tombeau. La mémoire de ses belles et nobles qualités de cœur et d'esprit sera conservée par tous ceux qui l'ont connu ; et, lorsqu'à leur tour ils auront disparu, la médecine, à laquelle il a rendu de si éminents services, se souviendra encore de lui.

La séance est levée à cinq heures et demie.

PAUL GARNIER.

## SÉANCE DU 27 MAI 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<sup>o</sup> Une lettre de M. le Dr E. Coutinho, médecin de l'Asile d'aliénés de Pernambuco (Brésil), qui pose sa candidature au titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Ball, Falret et Séglas, rapporteur.

2<sup>o</sup> Une lettre de M. Morel, de Gand, relative à la question de la classification des maladies mentales. M. Morel exprime le vœu que cette question soit soumise aux discussions et au vote du Congrès international de médecine mentale. — Renvoyé au Comité d'organisation du Congrès.

La correspondance imprimée comprend :

- 1<sup>o</sup> Le numéro de mai de la *Revue de l'hypnotisme*;
- 2<sup>o</sup> Le sixième Rapport sur les asiles d'aliénés de l'Etat de Pensylvanie.

M. COLLINEAU fait hommage à la Société de son volume sur *l'hygiène à l'école* et d'un *Rapport sur un projet d'adoption d'une langue scientifique internationale*, lu à la Société de médecine de Paris dans la séance du 13 avril 1889.

M. PAUL GARNIER dépose sur le bureau un travail intitulé : *Aphasie et folie. Coexistence d'une psychose systématique avec la cécité et la surdité verbales.*

#### *Rapport de candidature.*

M. CH. VALLON.— Messieurs, vous avez chargé une Commission composée de MM. Ball, Semelaigne et Vallon de vous présenter un rapport sur la candidature de M. le Dr Arnaud au titre de membre correspondant de la Société. Je viens vous présenter les conclusions de cette Commission.

M. le Dr Arnaud n'est pas un inconnu pour vous ; l'année dernière, en effet, vous lui avez décerné le prix Esquirol pour un mémoire intitulé : *Considérations cliniques et statistiques sur la paralysie chez l'homme.*

Ce travail, basé sur l'observation suivie pendant plusieurs mois de plus de cent paralytiques généraux, a été l'objet d'une analyse détaillée de M. Rouillard, rapporteur du prix Esquirol, analyse insérée dans les *Annales médico-psychologiques*; je me bornerai donc à rappeler les points principaux qu'il met en lumière : accroissement progressif du nombre des paralytiques généraux depuis la découverte de la maladie (l'augmentation portant spécialement sur les cas développés avant l'âge de trente ans) ; — prédominance des formes démentielles chez les paralytiques généraux jeunes ; — très grande influence de l'hérédité (hérité congitive dans 53 p. 100 des cas, hérité vésanique dans 30 p. 100) ; — action minime ou tout au moins indirecte de l'alcoolisme des descendants. Le mémoire contient en outre des observations et considérations cliniques sur la forme dite féminine de la paralysie générale, sur quelques cas de délire

fixe et restreint dans un certain nombre de cas de paralysie générale, sur l'action favorable des suppurations prolongées relativement à la marche de la paralysie générale ; sur la fréquence de l'inégalité pupillaire notée quatre-vingt-une fois sur cent.

De la première partie du mémoire précédent, remaniée et développée, M. Arnaud a fait sa thèse inaugurale qui a pour titre : *Recherches cliniques sur la paralysie générale chez l'homme*. La valeur de ce travail a été consacrée par la mention *très bien satisfait*, qu'il a obtenue à la Faculté.

M. Arnaud a encore publié un certain nombre de faits cliniques avec commentaires ; ils dénotent de la part de l'auteur un jugement droit et un véritable talent d'observation.

1<sup>o</sup> *Un cas d'ataxie locomotrice d'origine syphilitique avec troubles intellectuels* (Encéphale, 1887). Il s'agit d'un homme qui, sans autre antécédent morbide qu'une syphilis ancienne, a présenté à quatre reprises tous les symptômes d'une ataxie locomotrice, symptômes qui chaque fois se sont complètement dissipés sous l'influence d'un traitement spécifique prolongé de deux à trois mois.

2<sup>o</sup> Deux observations avec autopsie de paralysie générale chez des imbéciles. (*Annales médico-psychologiques*, septembre 1888.)

L'auteur croit les faits de ce genre plus nombreux que ne le ferait supposer l'extrême rareté des observations publiées. M. Arnaud, en effet, n'a pu relever que deux cas : un sans autopsie, et signalé par Morel dans son traité ; l'autre, complété par la nécropsie, a été publié dans les *Annales médico-psychologiques* en 1881, par M. Christian.

3<sup>o</sup> *Un cas de paralysie générale d'origine traumatique*. (Encéphale, 1888.)

Un homme, observé dans le service de M. le professeur Ball, d'une bonne santé, d'une intelligence correcte, sans autre antécédent héréditaire qu'un père ivrogne, subit un traumatisme crânien dans une collision de chemin de fer : perte de connaissance de courte durée ; pendant quelques jours, céphalalgie, vertiges, obtusion intellectuelle ; trois mois après, délire, agitation, puis

embarras de la parole et affaiblissement musculaire ; enfin, démence paralytique et mort dix-huit mois après l'accident ; à l'autopsie, lésions caractéristiques de la paralysie générale.

Enfin, messieurs, le Dr Arnaud a présenté au concours de la bourse de voyage, institué entre les internes des services d'aliénés de la Seine, un mémoire très substantiel encore inédit : *Recherches sur les rapports réciproques du traumatisme et de l'aliénation mentale*. Une première partie est consacrée à l'étude de l'action du traumatisme sur le développement de la folie et des conditions de cette action. Dans une seconde partie, l'auteur examine la prétendue influence de l'aliénation mentale sur la production des fractures et les complications des plaies, ensuite, l'action du traumatisme en général sur la marche des maladies mentales. Ce mémoire, ainsi que d'excellentes épreuves écrites et cliniques, ont valu à M. Arnaud la bourse de voyage : son succès était le couronnement mérité de trois années d'internat laborieusement employées. Vous savez enfin, messieurs, qu'il y a quelques mois à peine, M. Arnaud, après un brillant concours, a été nommé médecin-adjoint des asiles de la région de la Seine.

J'en ai dit assez, messieurs, pour que vous puissiez apprécier la valeur scientifique du Dr Arnaud. M. Arnaud a passé deux de ses années d'internat dans mon service à l'asile de Villejuif, aussi suis-je mieux à même que personne de pouvoir vous assurer qu'en lui accordant le titre qu'il sollicite, vous vous attacherez un collègue des plus distingués, un collaborateur instruit et laborieux, un médecin digne à tous égards de faire partie de notre Société.

Sur les conclusions du rapport précédent, M. Arnaud est, à l'unanimité, nommé membre correspondant.

#### *Classification des maladies mentales (suite).*

M. BALL. — Messieurs, si la Société médico-psychologique de Paris n'avait pas été, pour ainsi dire, mise en demeure de présenter un projet de classification des maladies mentales, il aurait mieux valu, selon moi, ne point aborder cette œuvre difficile.

Nous vivons, en effet, à une époque de transformation — à une de ces époques pénibles qu'on appelle des périodes de transition. De pareils moments se présentant de temps en temps dans l'histoire des sciences, le travail qui s'opère alors est fécond en résultats pour l'avenir, mais il est singulièrement défavorable au travail de systématisation qu'on nous convie à rédiger.

Si quelque homme de génie se levait parmi nous aujourd'hui pour entreprendre une œuvre semblable à celle de Cuvier dans l'ordre des sciences naturelles, et pour être, en quelque sorte, le *résumateur* de la science moderne, il serait assuré de rencontrer beaucoup de contradicteurs, mais il ne trouverait que fort peu d'adhérents. C'est que, en effet, les temps ne sont pas encore mûrs, et que l'idée maîtresse qui doit régir l'ensemble un peu confus de nos connaissances actuelles ne s'est pas encore dégagée avec une autorité suffisante pour s'imposer à tous les esprits.

Pour moi, je suis tombé, comme tant d'autres, dans le péché de classification ; j'ai formulé dans mes leçons un système fondé sur les idées de Morel, et j'ai pris l'étiologie pour base de tout mon programme.

Je considère, en effet, cette notion comme le vrai point de départ de toute classification rationnelle. Qu'il me soit d'ailleurs permis de faire observer que lorsqu'on a saisi les causes d'une maladie, on la connaît d'une façon bien plus complète que lorsqu'on en a découvert les lésions anatomiques. Celles-ci ne sont, en effet, que des conséquences qui deviennent, sans doute, des causes à leur tour. Mais l'impulsion primitive les crée et les domine aussi complètement que les autres éléments de la maladie.

Certes ce fut, au point de vue scientifique, un grand, un immense progrès, que de rattacher la fièvre typhoïde à une lésion spéciale des plaques de Peyer.

Mais aujourd'hui que nous avons presque saisi la cause animée, le ferment morbide qui produit ce vaste enchaînement de phénomènes, nous pouvons envisager la dothiénenterie à un point de vue bien autrement élevé, et ne considérer ces lésions anatomiques, dont la connaissance nous fut autrefois si précieuse, que comme de simples détails.

En est-il de même pour les maladies mentales ? Évidemment non. Nous marchons vers ce but, sans pouvoir encore nous flatter de l'atteindre. Sans doute, nous ne restons pas en arrière du grand mouvement médical qui entraîne notre génération tout entière, mais nous ne sommes pas encore arrivés au moment où il sera permis d'en recueillir les fruits.

Je me rattache donc entièrement aux idées de Morel, si brillamment défendues dans cette enceinte même par notre éloquent collègue, M. Marandon de Montyel ; mais je reconnais qu'il serait impossible en ce moment de rallier la majorité des aliénistes aux tentatives de classification, basées sur l'étiologie des maladies mentales.

Il faut donc chercher ailleurs. Un projet de classification nous a été présenté par notre distingué collègue, M. le D<sup>r</sup> Garnier, au nom d'une Commission dont il est le rapporteur.

Ce projet n'est point son œuvre, ni celle de la Commission qu'il représente. C'est la reproduction textuelle d'une classification depuis longtemps tombée dans le domaine public, et qui a été très diversement appréciée.

Ce n'est pas un enfant légitime, ce n'est qu'un enfant d'adoption. Je n'en suis que plus à mon aise pour le critiquer, convaincu comme je le suis de ne froisser en rien les sentiments personnels et la susceptibilité légitime de nos honorables collègues.

Ce qui frappe avant tout, c'est l'absence absolue et complète de toute idée générale, de toute conception philosophique, dans la classification qui nous est soumise.

On y voit figurer, côté à côté, des états généraux, des délires limités et des maladies à lésions organiques. On ne saisit aucun lien, aucune corrélation logique entre les diverses parties qui la composent. Un arrangement pareil ne ressemble pas plus à une classification scientifique, que la moraine d'un glacier ne ressemble à un cabinet de minéralogie savamment organisé.

D'autre part, on regrette d'y rencontrer des termes qui, l'on peut vraiment le dire, constituent un manque de respect envers la langue française. C'est ainsi que l'expression malencontreuse de *délire chronique*, si vi-

vement et si justement critiquée dans vos délibérations précédentes, se trouve ressuscitée et mise en relief avec plus d'intensité que jamais. D'ailleurs, dans un parallèle établi entre le projet belge et celui qui nous occupe, on voit avec surprise le *délire chronique* de M. Magnan, mis en opposition avec le *délire aigu*, former pour ainsi dire l'autre plateau de la balance.

Comparer des choses aussi disparates, même pour les opposer, c'est manquer à tous les principes sur lesquels reposent les systématisations bien ordonnées.

La langue française a toujours eu la réputation d'être claire, précise et correcte. C'est même un de ses principaux mérites au point de vue scientifique. Faut-il aujourd'hui la condamner à se prêter à l'équivoque ?

Pourquoi d'ailleurs reprendre une expression universellement condamnée et qui n'a pas trouvé un seul appui, même parmi les partisans des idées de M. Magnan ? S'il s'est trouvé, en effet, parmi nous des défenseurs habiles et convaincus de la doctrine, pas un seul ne s'est levé pour défendre le mot ; tous nous l'avons rejeté à l'unanimité.

Si la classification que l'on nous propose, à défaut de logique, nous présentait au moins un caractère d'utilité pratique ; si elle pouvait servir à la confection rapide et précise de tableaux utiles à consulter, on pourrait glisser sur les imperfections manifestes qu'elle présente ; mais comment accepter, même à ce dernier point de vue, le chapitre réservé à la prétendue folie des dégénérés ? Il servirait, dans l'état actuel de la science, à recevoir tous les faits mal définis, tous les diagnostics embarrassés et incertains, toutes les observations incomplètes ou mal prises.

Ce serait là vraiment le règne du vague, du confus, de l'indistinct, suivant une expression de Lasègue.

Il ne suffit pas, en effet ; d'aligner des chiffres, il faut le faire avec discernement si l'on veut éviter des résultats complètement erronés.

Or, sans parler des objections théoriques que soulèvent les mots *folie des dégénérés*, n'a-t-on pas vu, dans une discussion toute récente, combien les partisans mêmes de ces doctrines sont loin de s'entendre sur leur application à des cas particuliers ? Tel, qui est un persé-

cuté pour les uns, n'est qu'un dégénéré pour les autres ; et si de telles dissidences peuvent se produire ici, à Paris, dans le centre et le foyer même où ces idées ont pris naissance et ont subi une longue fermentation, que sera-ce quand il s'agira de les appliquer non seulement aux aliénés de l'Europe, mais encore à ceux de l'Amérique, et l'on pourrait dire de l'univers tout entier ? Accumuler sous la même rubrique des faits disparates et discordants, ce n'est point faire de la statistique, c'est organiser la confusion.

Que dirait-on de l'arrangement d'une vaste bibliothèque dans laquelle, après avoir rangé sur les tablettes les volumes reliés, on réservera une cavité inférieure dans laquelle on jette pèle-mêle toutes les productions imparfaites de l'esprit humain, toutes les brochures sans valeur qui ne méritent pas de figurer au rang des ouvrages sérieux. Serait-on disposé à considérer une disposition pareille comme le type d'une classification scientifique ?

Enfin, une dernière et plus puissante objection au système qui nous est proposé, c'est qu'il ne répond nullement aux idées de la grande majorité des membres de notre Société. Donc, il ne saurait être offert au monde savant comme l'expression de notre pensée.

On ne détruit que ce que l'on remplace. Si l'on croit nécessaire de répondre à l'invitation qui nous arrive de l'étranger, il faut présenter un projet quelconque de classification destiné à représenter les idées de la majeure partie des aliénistes français.

Je viens donc soumettre à la Société un projet qui émane d'un groupe de ses membres, qui s'est inspiré principalement des idées de M. Baillarger. Ce programme est loin de répondre à toutes les données du problème; mais on s'est appliqué surtout à écarter les causes de dissidence et à fournir un cadre aux aliénistes de tous les pays, pour enregistrer d'une manière facile et commode les faits soumis à leur observation.

On a divisé les cas d'aliénation mentale en trois grandes catégories :

- Les folies,
- Les démences,
- Et les arrêts de développement.

Je demande la permission de vous donner lecture de ce projet :

### I. — FOLIES.

- 1<sup>o</sup> Avec exaltation..... { Manie.  
Exaltation maniaque.
- 2<sup>o</sup> Avec dépression. — Mélancolie { Simple.  
Stupide.  
Anxieuse.
- 3<sup>o</sup> Avec période { Folie à } Accès isolés.  
d'exaltation et pé- { double { forme. } Accès continus (folie circulaire).
- 4<sup>o</sup> Folies intermittentes.
- 5<sup>o</sup> Délire de persécution.
- 6<sup>o</sup> Délires partiels..... { Ambitieux.  
Erotique.  
Mystique, etc.
- 7<sup>o</sup> Folies toxiques..... { Alcoolisme.  
Saturnisme, etc.
- 8<sup>o</sup> Folies névropathiques. { Épileptique.  
Hystérique.  
Choréique, etc.

### II. — DÉMENCES

- 1<sup>o</sup> Simples. — Vésaniques.
- 2<sup>o</sup> Organiques..... { Hémorragies.  
Ramollissement.  
Sclérose du cerveau.
- 3<sup>o</sup> Séniles.
- 4<sup>o</sup> Paralysie générale.
- 5<sup>o</sup> *Démence syphilitique* (syphilis du cerveau).

### III. — ARRÊTS DE DÉVELOPPEMENT.

- 1<sup>o</sup> Idiotie.
- 2<sup>o</sup> Crétinisme.
- 3<sup>o</sup> Imbécillité.
- 4<sup>o</sup> Débilité mentale.
- Etc.

Ce projet de classification, malgré ses imperfections évidentes, pourra permettre de constater quelques faits

matériels, dont on ne saurait méconnaître l'importance au point de vue pratique.

Quelle que soit, par exemple, l'opinion qu'on peut se faire de la nature et des lésions de la paralysie générale (sujet encore controversé), il est très important de savoir quel est, dans les divers pays civilisés, le nombre des paralytiques généraux.

Quelle que soit l'opinion qu'on adopte au sujet du crétinisme, il importe beaucoup de savoir quel est, dans les diverses parties du monde, le nombre de crétins.

En un mot, nous avons cherché, mes collègues et moi, à présenter un tableau pouvant servir à des usages pratiques.

Nous avons voulu construire un abri provisoire pouvant loger les faits recueillis par l'observation journalière, en attendant qu'on puisse leur offrir une habitation mieux aménagée et plus digne de leur importance.

Tel est l'esprit dans lequel nous venons, mes amis et moi, vous soumettre le projet que je viens d'avoir l'honneur de vous communiquer.

Après une discussion entre MM. FALRET, CHRISTIAN, PICHON, MAGNAN et VALLON, le vote sur la question de la classification des maladies mentales est inscrit à l'ordre du jour de la prochaine séance.

#### *Observations de coprolalie chez des dégénérés.*

M. LEGRAIN communique, au nom de M. le Dr BRUSQUE, médecin adjoint de l'asile de Vaucluse, les deux observations suivantes de coprolalie chez des dégénérés :

##### *OBSERVATION I. — Délire mélancolique avec idées de persécution. — Coexistence d'impulsions coprolaliques chez une héréditaire dégénérée.*

Marie R... entre à l'asile de Vaucluse le 1<sup>er</sup> mars 1889. Ses antécédents héréditaires sont lourdement chargés : grand-père et père buveurs ; grand'mère et mère, intelligence au-dessous de la moyenne ; frère et cousin germain ont présenté des accidents alcooliques.

A appris difficilement à lire et à écrire ; mariée à vingt-huit ans, a toujours eu un caractère emporté et violent. Bizarre, superstitieuse, obsédée par le chiffre 13, a présenté à différentes époques de véritables accès de kleptophobie. Délire mélancolique

avec idées de persécution, hallucinations de la vue et de l'ouïe, tendance au suicide après sa dernière grossesse. Est séquestrée après deux tentatives de suicide.

A son arrivée, elle présente une très grande dépression mélancolique, alternant avec des périodes d'excitation ; elle passe ses journées à se plaindre et à se lamenter, « car on l'accuse d'avoir eu des relations incestueuses avec son fils, et ses ennemis lui ont jeté un ennui. » Légère amélioration au bout de quinze jours, est tranquille, se met à travailler.

Au mois de mai 1888, R... est subitement obsédée, au moment de son réveil, par l'idée de proférer des mots orduriers, puis des phrases obscènes ; elle est tourmentée par le besoin de les psalmodier pour ainsi dire d'abord, puis de les chanter sur des airs connus. L'expression mimique change aussitôt : la contraction habituelle des traits fait place à une sorte de gaieté, R... a l'air heureux, bien que de temps en temps nous l'entendions dire : « Mon Dieu, que je suis malheureuse ; mon Dieu, faites-moi mourir. »

A sept heures, elle se tait, reprend son aspect mélancolique ; mais le lendemain, à la même heure, les mêmes idées obsédantes s'imposent à la malade et jusqu'à la même heure elle profère des mots orduriers. Cet état persiste ainsi pendant un mois avec une régularité qui ne s'est pas démentie un seul jour.

Du 17 juin au 16 juillet, impulsions coprolaliques depuis le matin jusqu'à midi.

Du 15 septembre au 18 octobre, marche alternante : un jour mélancolique et silencieuse, le lendemain bruyante et coprolalique.

Du 18 octobre au 11 janvier 1889, état mélancolique pur.

Depuis le 11 janvier, c'est-à-dire depuis plus de cent soixante jours, est de nouveau régulièrement alternante.

R... dit avec beaucoup de netteté que c'est un besoin pour elle de dire des saletés ; qu'elle résiste ; qu'elle cherche à éloigner cette idée de sa pensée, mais que c'est plus fort qu'elle et qu'elle ne peut s'en empêcher : « Ça vient à mon esprit malgré moi, j'en suis toute honteuse, mais c'est plus fort que moi, il faut que je dise des saletés, je souffre trop quand je résiste, je suis soulagée quand ça part. » Il serait difficile de rencontrer une autre malade où se trouveraient mieux groupés les caractères constitutifs des syndromes de la folie des héréditaires, toujours réductibles à l'*obsession*, l'*impulsion irrésistible*, la conscience de l'état, l'*angoisse concomitante* et la *satisfaction terminale*.

R... est une héréditaire dégénérée, elle en a présenté, pendant toute sa vie, les stigmates psychiques ; c'est ensuite une mélancolique dont l'aspect clinique est modifié par l'adjonction d'un syndrome nouveau : la coprolalie.

La marche de l'affection, surtout depuis le 11 janvier, a fait

prononcer le nom de folie à double forme. Durant cette période, R.... a présenté, il est vrai, une alternance bien marquée : bruyante et coprolalique pendant un jour, triste et silencieuse le lendemain. Nous ne saurions accepter cette manière de voir en nous rappelant, d'une part, le tableau symptomatique de l'exaltation maniaque et celui de R..., toujours consciente de son état.

**OBSERVATION II. — Dégénérescence mentale. — Délire polymorphe. — Mélange d'idées mystiques, ambitieuses et de persécution. — Coexistence par intervalles d'incoordination motrice avec coprolalie.**

Cydalise B..., âgée de quarante et un ans, entre à l'asile de Vaucluse le 15 janvier 1889.

*Antécédents héréditaires* : grand'mère paternelle, conduite irrégulière, débauchée. Grand'mère maternelle, bizarre, absence complète de sentiments affectifs. Mère déséquilibrée, caractère emporté, poussant tout à l'extrême, alternatives d'avareurie sordide et de prodigalité. Père débile, une sœur un peu drôle, se croit spirite, a confiance dans les puissances occultes.

*Histoire de la malade.* A toujours eu un caractère emporté, fugues fréquentes. Venue à Paris à l'âge de quatorze ans, a été renvoyée successivement de différentes maisons de commerce à cause de son caractère et de son refus de se plier aux exigences de ces différentes maisons. Absence de sentiments affectifs, menaces d'empoisonner le fils de sa sœur, amour exagéré des animaux, superstitions nombreuses, obsession du chiffre 13.

Mariée à vingt-huit ans, est atteinte parfois d'une véritable nymphomanie, devient frigide quelques jours après et éprouve une répulsion invincible pour le coït.

Après sa première grossesse, en 1878, elle se figure qu'on l'électrise, qu'on l'espionne, manifeste un sentiment de haine contre son mari, « car il est radical et les radicaux sont les ennemis du Christ, » elle veut se faire religieuse et passer sa vie dans un cloître.

L'accouchement n'amène qu'une légère rémission.

En 1883, elle présente, pendant quelques jours, des mouvements irrésistibles dans les membres supérieurs.

Au mois de décembre 1888, elle abandonne son mari et se réfugie dans un hôtel avec son enfant. Là, elle se figure que l'hôtel est électrisé ; elle entend des voix qui lui disent de faire disparaître son garçon. Elle est arrêtée au moment où elle se disposait à le jeter par la fenêtre.

A son arrivée à Vaucluse, B... est très calme ; elle raconte ses malheurs en termes mesurés. Elle présente un mélange d'idées ambitieuses et de persécution auxquelles s'ajoutent, par

intervalles, quelques divagations religieuses ; hallucinations de l'ouïe et troubles de la sensibilité générale : elle est l'épouse illégitime du comte de Chambord, le czar connaît sa pensée, on l'électrise et elle veut se faire religieuse.

Le 25 janvier, au matin, elle est secouée par des mouvements involontaires. Les membres thoraciques sont le siège de mouvements très accentués qui se succèdent avec assez de rapidité et se reproduisent le plus souvent dans l'ordre suivant :

1<sup>o</sup> B... fléchit fortement ses avant-bras, et puis, dans cette attitude, brusquement rapproche les deux membres supérieurs du tronc comme si elle avait un frisson ;

2<sup>o</sup> Etend avec autant de force ses avant-bras en les plaçant parallèlement au tronc et d'une main étire les doigts opposés ;

3<sup>o</sup> Relève simultanément les deux épaules. En même temps, du côté de la face, tous les muscles sont pris de mouvements convulsifs et donnent à B... un aspect grimaçant qui échappe à toute description. Elle pousse des « Hem » fréquents, des cris gutturaux qui ressemblent à l'aboielement d'un chien et des exclamations coprolaliques. Elle n'est point, le plus souvent, maîtresse de ses mouvements et ne parvient que très difficilement à les maîtriser pendant quelques minutes. Ces exclamations ont le caractère impulsif et B... a conscience de son état : « C'est plus fort que moi, il faut que je dise ces saletés, je me fatigueraï jusqu'à la mort pour satisfaire ce besoin. »

Cet état dure pendant cinq jours. Le 28 février, B... est de nouveau prise pendant trois jours des mêmes mouvements involontaires dans les membres supérieurs, se livre aux mêmes grimaces, pousse des « Hem » et des exclamations coprolaliques. Depuis, elle est tranquille et s'exprime en termes mesurés.

M. J. SÉGLAS. — Messieurs, permettez-moi de vous présenter quelques réflexions à propos de la première des intéressantes observations que vient de nous lire M. Legrain. Pour ma part, en ce qui concerne le diagnostic, je suis absolument de l'avis de M. Legrain, et la malade dont il vient de nous rapporter l'histoire ne me semble pas atteinte de folie circulaire, mais d'accidents mélancoliques et d'obsessions. Les symptômes caractéristiques de ces dernières surtout sont des plus nets et aussi complets que possible. Le caractère de périodicité qu'affectent ici les crises d'obsessions, et qui donnent à la maladie cette allure circulaire qu'a notée M. Legrain, est un fait assez fréquent. Je citerai, à ce propos, le cas d'une malade que j'ai observée récemment

et qui tous les ans, à la même époque, au printemps, est prise d'un accès de folie du doute, se représentant sous la même forme et durant environ six semaines.

Il est aussi un point sur lequel je désire insister et qui m'a échappé à une première lecture de l'obsession très détaillée que nous a présentée notre collègue : c'est le rapport du délire mélancolique et des observations. D'une façon générale, quand ces deux sortes d'accidents se présentent chez un malade, ou bien l'on n'a affaire qu'à une simple coexistence, ou bien il y a entre eux un rapport de cause à effet; les exemples d'obsessions déterminant à leur suite l'apparition d'un véritable délire, le plus souvent de nature mélancolique, bien que signalés en passant par certains auteurs, m'ont paru peu étudiés en général et, d'après mon observation personnelle, me semblent cependant devoir être assez fréquents. C'est ainsi que j'ai vu deux malades atteintes de la crainte des épingle, ne présentant au début que du délire du toucher, arriver ensuite à un véritable délire mélancolique, se figurer qu'elles pouvaient faire du mal à leurs semblables avec les épingle, présenter des craintes d'accusation, se disculper à l'avance de fautes imaginaires. Une autre malade, atteinte de la crainte des allumettes, présente plus tard des accidents mélancoliques du même genre : craintes de nuire à ses semblables, craintes dempoisonnement, craintes d'accusation, etc... Une malade mysophobe est arrivée progressivement à formuler un véritable délire mystique. Une autre, atteinte de délire du toucher et d'impulsions d'abord conscientes, a présenté à la suite des idées de possession. Un jeune malade atteint de folie du doute est tombé rapidement dans un état comparable de tous points à la stupeur mélancolique avec mutisme, idées de suicide, troubles vasomoteurs très accentués, etc... J'ajouterais que, dans tous ces cas, les accidents mélancoliques qui succèdent à l'obsession présentent tous les caractères observés dans les délires mélancoliques simples et qu'en même temps la conscience que les malades avaient du caractère pathologique de leurs obsessions disparaît peu à peu à mesure que se formule plus nettement l'idée délirante.

M. LEGRAIN répond qu'on ne saurait songer à un rapport de cause à effet entre la psychose mélancolique

et le syndrome coprolalie. Bien que quelquefois on observe l'apparition d'un état mélancolique consécutivement à une obsession pénible, on ne saurait se tromper au sujet des caractères cliniques de cet état, qui ne constitue jamais, à proprement parler, un délire parfait, bien constitué, comme la mélancolie vraie. D'ailleurs, dans le cas présent, le délire mélancolique est le premier en date dans l'ordre d'apparition des phénomènes morbides. Tout à coup, dans le cours de son évolution, on voit surgir un syndrome, la coprolalie, qui n'a de commun avec lui que son origine, l'état de dégénérescence mentale dont est frappée la malade. Ce sont donc deux manifestations simultanées, mais non subordonnées l'une à l'autre, de cet état psychique primordial.

M. PICHON rapporte le cas d'un malade poussé malgré lui à répéter certains airs de musique.

#### *Des dangers du sulfonal (suite).*

M. AUG. VOISIN, à propos de la communication de M. Marandon de Montyel sur les *dangers du sulfonal*, fait connaître les résultats heureux qu'il a obtenus, à l'aide de ce médicament, pour combattre l'insomnie. Il donne lecture des sept observations suivantes :

**OBS. I.** — La malade L... est entrée dans mon service, le 15 novembre 1888, dans un état de folie mélancolique, avec hallucinations multiples de la vue, de l'ouïe, de la sensibilité générale et génitale; elle a des idées de suicide et elle a perdu le sommeil depuis plus d'un mois.

Dès son entrée, je lui ai fait donner chaque soir, à huit heures, 1 gramme de sulfonal.

Sous cette influence, le sommeil a été obtenu de suite et il a duré, en moyenne, six à huit heures pendant le mois durant lequel l'administration du médicament a été continuée. Elle n'a jamais présenté le moindre malaise.

**OBS. II.** — Insomnie chez une apoplectique, emploi avantageux du sulfonal.

M<sup>me</sup> P..., âgée de cinquante-cinq ans, a été frappée d'apoplexie cérébrale il y a deux ans. Elle s'en est remise à peu près, mais elle en a conservé de la faiblesse générale, de la lenteur des mouvements, de l'incertitude de la pensée.

De plus, elle a perdu, depuis cet temps, le sommeil naturel.  
Le chloral a été employé souvent, mais je trouvais qu'il augmentait la faiblesse intellectuelle.

Je lui donne depuis plus de six mois du sulfonal à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme au maximum.

Une première dose de 50 centigrammes est donnée à dix heures du soir. Cette dose suffit à faire dormir M<sup>me</sup> P... au bout de dix minutes.

Une deuxième dose est donnée à deux heures du matin, si M<sup>me</sup> P... s'éveille à cette heure, ce qui arrive quelquefois; le sommeil est de nouveau obtenu jusqu'à huit heures du matin.

M<sup>me</sup> P... n'a jamais présenté aucun signe d'intolérance, ni aucun malaise.

**OBS. III.** — Alcoolisme aigu, insomnie, influence rapide du sulfonal.

M. B..., trente-cinq ans, est atteint, depuis deux mois, d'accidents cérébraux d'origine alcoolique, et en particulier d'hallucinations de la vue, d'agitation incessante, de troubles du caractère, de violences, de fureurs et de demandes incessantes d'argent. De plus, l'insomnie est complète depuis ces deux mois.

Plusieurs de mes confrères avaient pensé à tort à la paralysie générale des aliénés.

Je fais donner au malade 1 gramme de sulfonal chaque soir.

Dès la première prise du médicament, le sommeil est obtenu, sommeil sans cauchemar, et, depuis ma première consultation, le sommeil complet a été obtenu chaque nuit, avec la même dose.

Le malade ayant un peu de fièvre j'avais donné en outre chaque jour 40 centigrammes de sulfate de quinine. La plupart des phénomènes sensoriels et intellectuels ont cessé dès le douzième jour; M. B... avait cependant ce jour-là quelques illusions de la vue.

**OBS. IV** (recueillie par M. Sardou, interne du service).

— R..., âgée de trente-deux ans, hypocondriaque avec idées mystiques, datant de mai 1888. Insomnie habituelle.

12 février. 1 gramme de sulfonal est donné chaque soir, à huit heures; elle s'endort presqu'aussitôt, et dort jusqu'à cinq heures.

13 février. S'endort deux heures seulement après l'ingestion du médicament. Dort toute la nuit. Le matin, malaise; tout cela se dissipe rapidement.

14 février. Dort toute la nuit, aucun malaise au réveil.

15 février. A moins bien dormi; s'est réveillée plusieurs fois. Somnolence dans la journée.

- 16 février. A bien dormi toute la nuit. Journée bonne.
- 17 février. Sommeil satisfaisant.
- 18 février. A moins bien dormi qu'à l'ordinaire.
- 19 février. Dort de neuf heures à minuit ; réveillée alors par les cris d'une malade. Se rendort jusqu'à cinq heures.
- 20 février. Dort jusqu'à trois heures, puis jusqu'à cinq heures.
- 21 février. Dit s'être réveillée plusieurs fois.
- 22 février. A dormi toute la nuit.
- 23 février. A dormi toute la nuit, dort assez lourdement ; n'a plus d'hallucinations. N'a plus de douleurs gastriques depuis qu'elle dort bien. Son délire n'a pas changé.
- 24-25 février. A dormi de neuf heures et demie à cinq heures.
- 26 février. Pas de sulfonal. S'est endormie vers dix heures ; s'est réveillée plusieurs fois. A cependant dormi jusqu'à cinq heures.
- 27 février. Sulfonal. A dormi toute la nuit.
- 28 février. A dormi de huit heures à quatre heures.
- 1<sup>er</sup> mars. A dormi jusqu'à cinq heures.
- 2 mars. S'est évadée le soir en franchissant le mur. Reprise presqu'aussitôt. Nuit agitée. Pas de sulfonal.
- 3 mars. Sulfonal. A dormi jusqu'à cinq heures, malgré une légère entorse tarsienne qui la fait souffrir dans la journée.
- 4 mars. Dort de dix heures à une heure.
- 5 mars. Dort de dix heures à cinq heures.
- 6 mars. Pas de sulfonal. N'a pas dormi.
- 7 mars. Sulfonal. Dort de neuf heures à cinq heures.
- 8, 9, 10 et 11 mars. Dort toute la nuit.
- Depuis la suppression du sulfonal, elle prend du chloral, mais dort moins bien. Son état mental est légèrement amélioré, grâce à la diminution des hallucinations. Sa santé générale est meilleure ; elle mange mieux depuis qu'elle dort.
- Obs. V (recueillie par M. Sardou, interne du service). — B..., âgée de quarante-cinq ans, folie hypémaniaque avec idées de suicide datant de 1885. Insomnie habituelle.
- 13 février. 1 gramme de sulfonal en cachet est donné chaque soir. S'endort très vite, dort jusqu'à minuit, se réveille, se rendort rapidement pour ne se réveiller qu'à cinq heures du matin.
- 15 février. A dormi de onze heures et demie à quatre heures du matin ; le sulfonal a été pris vers huit heures.
- 14 février. A dormi de onze heures et demie à trois heures, puis s'est rendormie jusqu'à six heures.
- 16 février. A dormi toute la nuit, à partir de neuf heures et demie.

17-18 février. A dormi de dix heures à cinq heures du matin.

19 février. A dormi de neuf heures à minuit et de deux heures et demie à quatre heures.

20, 21, 22 et 23 février. A dormi de neuf heures à onze heures, puis jusqu'à cinq heures. Elle se trouve plus reposée dans le jour, ses hallucinations de l'ouïe sont moins fréquentes ; mais le délire n'est pas modifié.

24-25 février. Elle s'est réveillée plusieurs fois, mais s'est rendormie aussitôt.

26 février. Pas de sulfonal. Elle a dormi de neuf heures et demie à trois heures du matin et ne s'est pas rendormie.

27 février. Sulfonal. Premier sommeil de neuf heures à une heure, puis jusqu'à cinq heures.

28 février. A dormi d'une traite jusqu'à cinq heures.

1<sup>er</sup>, 2, 3, 4 et 5 mars. A dormi de neuf heures à trois heures heures, puis jusqu'à cinq heures.

6 mars. Pas de sulfonal. N'a presque pas dormi.

7 mars. Sulfonal. Dort de neuf heures et demie à cinq heures.

8 mars. Dort de neuf heures à une heure et demie. Réveillée par du bruit, ne s'est pas rendormie.

9 mars. Dort de dix heures à une heure et demie, se rendort jusqu'à cinq heures.

10-11 mars. Dort de neuf heures à cinq heures.

L'effet dans son ensemble a été moins complet que chez la malade Dard..., mais supérieur cependant à celui qu'on a obtenu par le chloral.

**Obs. VI** (recueillie par M. Sardou, interne du service). — D..., sage-femme. Folie hypémaniaque avec hallucinations, idées mystiques, datant du mois d'août 1887.

Elle ne dormait presque pas depuis longtemps. Le 12 février au soir, vers huit heures, on lui donne 1 gramme de sulfonal, dans un cachet. Elle a beaucoup mieux dormi qu'à l'ordinaire ; s'est réveillée deux ou trois fois, mais s'est rendormie presqu'aussitôt. Cependant elle a eu des cauchemars comme à l'ordinaire. Au réveil, elle se trouve reposée, ce qui ne lui était pas arrivé depuis longtemps.

13 février. S'est rendormie presqu'immédiatement après avoir pris le médicament ; s'est réveillée deux ou trois fois, pas de cauchemars. Se sent un peu lourde au réveil.

14 février. A dormi toute la nuit sans se réveiller. Pas de cauchemar.

15, 16, 17 février. Même résultat. A encore des lassitudes dans la journée.

*18 février.* A refusé de prendre le médicament. A cependant assez bien dormi.

Elle a pris 1 gramme de sulfonal dans une potion de Todd. A dormi de neuf heures et demie du soir à cinq heures du matin.

*20, 21, 22 et 23 février.* A dormi de dix heures à cinq heures sans se réveiller.

Tous ces jours-ci, elle reconnaît très bien avoir dormi, mais elle a encore des lassitudes comme autrefois. Elle rêve souvent, mais ces rêves n'ont plus le caractère terrifiant qu'ils revêtaient autrefois, elle s'occupe dans la journée.

*24-25 février.* A dormi de neuf heures à cinq heures du matin.

*26 février.* Pas de sulfonal. S'est endormie vers neuf heures et demie jusqu'à minuit; à partir de ce moment se réveillait toutes les fois qu'on approchait de son lit pour l'observer.

*27-28 février.* — 1<sup>er</sup>, 2, 3, 4 et 5 mars. Sulfonal 1 gramme. A dormi jusqu'à cinq heures.

*6 mars.* Pas de sulfonal. Elle s'est réveillée souvent.

*7, 8, 9, 10 et 11 mars.* Sulfonal. Elle a dormi toute la nuit.

A partir de ce moment, le médicament n'est plus administré, la provision accordée par l'administration étant épuisée. La malade retrouve ses insomnies et son agitation nocturne. 2 grammes de chloral la calment un peu, mais l'effet est beaucoup moins bon que celui du sulfonal. Elle se réveille souvent la nuit, a des cauchemars. Ses idées délirantes sont moins actives. La malade a beaucoup engraissé.

*Obs. VII* (recueillie par M. Sardou, interne du service). — Le B... Folie hystérique; hallucinations, idées de persécution; insomnie habituelle.

1 gramme de sulfonal donné chaque soir pendant trois semaines a déterminé le sommeil d'une durée de neuf heures.

En résumé, parmi ces sept malades chez lesquels j'ai employé le sulfonal contre l'insomnie, cinq étaient atteints de folie névropathique à divers degrés. Un était un alcoolisé subaigu; la dernière était une apoplectique. Le sommeil a été obtenu pendant une moyenne de six à neuf heures sans cauchemar, sans malaise au réveil, sans trouble digestif, ni aucun symptôme d'intoxication. À plusieurs reprises, j'ai suspendu le soir le médicament, et chaque fois l'insomnie a reparu ainsi que l'agitation nocturne.

**M. MARANDON DE MONTYEL.** — Depuis ma com-

munication du 25 mars dernier sur le sulfonal, j'ai continué, Messieurs, à expérimenter ce remède dans mon service. Il résultait des observations que j'ai eu l'honneur de vous soumettre à cette date que ce nouvel hypnotique, impuissant à la dose de 2 grammes, procurait à celle de 3 et 4 grammes un sommeil profond et prolongé, mais déterminait en même temps du côté des organes digestifs et du système nerveux des troubles graves qui en faisaient un poison plutôt qu'un remède. Or, quelques jours après, mes conclusions étaient confirmées par un observateur distingué, arrivé de son côté aux mêmes résultats sans avoir eu la moindre connaissance de mes recherches. M. le professeur Mairet a publié, en effet, dans le *Bulletin médical* des 27 et 31 mars un long et substantiel travail sur le sulfonal. Qu'y lit-on ? A la dose de 2 grammes, ce narcotique n'a produit de bons effets que dans 33 % des cas et encore là seulement où l'agitation était peu intense. Bien plus, il n'a pu être continué longtemps, car, à cette faible dose de 2 grammes, dès le second jour chez certains malades, dès le troisième ou le quatrième chez d'autres, ont apparu des symptômes toxiques assez sérieux pour obliger notre savant confrère à en suspendre l'emploi. A plus forte raison en a-t-il été ainsi, avec 3 et 4 grammes, mais alors le sommeil était obtenu. Je suis heureux de m'être rencontré avec un expérimentateur aussi judicieux que le professeur de Montpellier. Et comme M. Mairet s'est approvisionné de sulfonal ailleurs que nous, qu'il s'est servi de deux produits différents livrés par Bayer et Rudel, qu'il a eu soin d'en confier l'analyse chimique à M. Gay, pharmacien en chef des hôpitaux et agrégé de l'Ecole de pharmacie, qui en a reconnu la parfaite pureté ; les craintes émises par moi sur la substance employée à Ville-Evrard n'ont plus leur raison. C'est bien au sulfonal et au sulfonal pur que reviennent tous les accidents observés par M. Mairet et par nous, alors même que la dose employée était trop faible pour assurer la narcose.

Je vous disais le 25 mars, qu'il serait regrettable de ne pas arriver à utiliser les merveilleuses propriétés hypnotiques du sulfonal et j'émettais l'espérance d'y arriver en tirant profit de sa faculté d'accumulation et

de la persistance du sommeil pendant une ou plusieurs nuits après sa suppression. Dans ce but, je l'ai prescrit à deux grammes seulement, en le suspendant dès qu'il procurait sept heures de repos, sauf à y recourir de nouveau quand la durée du sommeil ne dépassait pas cinq heures. Dans ces conditions nouvelles, j'ai expérimenté sur vingt-cinq aliénés, dix-huit vésaniques et sept paralytiques généraux. Je n'ai eu que douze cas favorables, soit un peu moins de la moitié. Il y aurait là déjà une raison sérieuse de renoncer à cette méthode; mais cette renonciation s'imposera quand j'aurai ajouté que, sur les treize cas défavorables restant, on ne compte pas moins de onze intoxications. Ainsi, d'après mon expérience personnelle, même en prescrivant le sulfonal aux doses espacées de deux grammes, on est exposé à empoisonner 44 0/0 de ses clients.

Cette intoxication s'est montrée à des moments divers de la médication. Cinq fois elle est apparue, alors qu'aucune atténuation notable de l'insomnie n'était obtenue; six fois, elle a éclaté dans le cours du traitement, après un laps de temps variable. C'est que le sulfonal est le médicament peut-être le plus traître que je connaisse. Tandis que les uns l'absorbent impunément, même en assez grande quantité, d'autres sont profondément touchés par des doses minimes et rien, du moins à ma connaissance, ne permet de distinguer les organismes qui seront tolérants de ceux qui ne le seront pas. Ce n'est pas tout; ceux-là mêmes qui semblent réfractaires à ses effets toxiques et tirent profit de ses propriétés hypnotiques sont exposés du jour au lendemain, sans aucun symptôme préalable d'avertissement, à être gravement atteints dans leur intellect, leur céphalothésie et leur motilité. La tolérance cesse brusquement, et d'emblée, le patient se réveille abruti au psychique, paralysé au physique, avec vomissements, diarrhée et violents frissons. Un de mes malades a même eu, outre ces symptômes pénibles éclatant à l'improviste, une congestion pulmonaire double qui, durant quarante-huit heures, a mis sa vie en danger, congestion pulmonaire double que je suis en droit d'attribuer au sulfonal, puisque l'expérimentation sur les animaux a montré tous les organes congestionnés quand l'intoxication aboutit à la mort.

Il y a plus encore; certains sujets n'ont rien tant qu'ils prennent du sulfonal, et un jour ou deux après la suppression, tous les accidents font explosion. Je vous le répète, il n'y a peut-être pas, messieurs, de remède plus traître. Dans tous les cas, il est certain que ces faits m'obligent à abandonner mes dernières espérances.

De son côté, M. Mairet a en une idée analogue à la mienne. Il lui répugnait de renoncer à un narcotique aussi actif et il a cherché, lui aussi, un mode d'administration pour en obtenir les effets hypnotiques sans les effets toxiques. Il administre une ou deux fois trois ou quatre grammes de sulfonal et les jours suivants un gramme seulement, tant que le sommeil se maintient. Avec le retour de l'insomnie, nouvelle dose unique de quatre grammes, puis, derechef, les nuits d'après un gramme, et ainsi de suite. De cette façon notre collègue est arrivé, dit-il, à d'excellents résultats. Eh bien! j'ai expérimenté ce mode d'administration sur vingt-sept aliénés, dix-neuf vésaniques, six paralytiques généraux et deux déments séniles. On ne m'accusera pas au moins de n'avoir pas épousé tous les moyens.

Le procédé de M. Mairet a tout d'abord l'inconvénient de déterminer, les jours de hautes doses, des accidents gastro-intestinaux et surtout nerveux qui, bien que transitoires, sont très pénibles, à ce point que des malades refusent de continuer la médication; or, ces jours de hautes doses sont très rapprochés, car un gramme de sulfonal est insuffisant à maintenir le sommeil, et, particularité bizarre qu'établissent mes observations, ils deviennent de plus en plus nécessaires, de telle sorte que ce mode d'administration semble rendre l'organisme réfractaire aux effets hypnotiques, tout en le laissant possible des désordres du tube digestif et du système nerveux.

Quoi qu'il en soit, treize seulement sur mes vingt-sept cas, sont favorables. Ici encore, la proportion est donc, comme avec deux grammes espacés, d'un peu moins de la moitié, résultat fort peu encourageant; et aussi comme précédemment, en outre des troubles transitoires pénibles des jours de hautes doses, il y a eu intoxication sérieuse, nécessitant la suspension du remède dans onze cas; bien que moins audacieux que mon col-

lègue de Montpellier, je n'ai jamais donné quatre grammes de sulfonal deux jours de suite.

Messieurs, tous ces faits nombreux dont j'ai été témoin et que je vous résume, ont porté dans mon esprit la conviction que le sulfonal aux doses nécessaires pour triompher d'une insomnie sérieuse expose, malgré toutes les précautions prises et l'utilisation même de la persistance du sommeil après suppression durant une ou plusieurs nuits, à de très sérieux accidents, pouvant aller jusqu'à compromettre la vie. J'en suis si convaincu que, le cas échéant, je refuserais énergiquement de me soumettre à une médication sulfonalique; partant, je ne saurais me reconnaître le droit de la conseiller aux autres.

M. PICHON cite des travaux américains relatifs à des cas de délire par intoxication sulfonalique. Le sulfonal était devenu chez ces malades un besoin, une habitude, comme la morphine chez les morphinomanes.

La séance est levée à six heures.

CHARPENTIER.

---

---

# REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

---

## JOURNAUX ANGLAIS

**The Journal of Mental science.**

ANNÉE 1886.

NUMÉRO D'AVRIL

I. — *Du régime alimentaire dans les asiles d'Irlande;*  
par le Dr MAZIÈRE COURTENAY.

C'est une étude comparée du régime des aliénés en Irlande et en Angleterre. L'auteur a consigné sur deux tableaux placés en regard les quantités consommées des différents articles d'alimentation, par tête d'aliéné, dans les deux pays. Cette statistique comprend 22 asiles d'Irlande et 14 asiles anglais. Le choix de la nourriture pour la population d'un asile est nécessairement en rapport avec ses habitudes. Aussi ne sera-t-on pas surpris de voir le régime végétal prédominer dans les établissements irlandais, dont les pensionnaires sont pauvres et vivent à la campagne. La quantité de viande qui s'y dépense est moindre qu'en Angleterre, néanmoins la différence n'est pas aussi grande qu'on pourrait le supposer. Dans ces derniers temps, les mœurs du peuple irlandais se sont profondément modifiées. Tandis qu'il ne vivait autrefois que de lait et de pommes de terre, son régime s'est augmenté aujourd'hui d'éléments nouveaux, et le beurre, le lard, la viande fraîche, y figurent pour une bonne part. Aussi, la nourriture animale est représentée par un chiffre important sur les tableaux publiés par le directeur de l'asile de Limerick.

La moyenne de la viande consommée par semaine et par individu est de 22 onces et varie, suivant les asiles, de 16 à 30 onces. En Angleterre, cette moyenne est de 24,2. Dans quelques asiles d'Irlande on utilise les têtes de bœuf. Le lait, qui est l'aliment national, est alloué largement. La moyenne de la consommation pour les 22 asiles est de 67 onces. Dans

deux asiles, Belfast et Kilkenny, la consommation s'élève par individu au chiffre énorme de 140 onces. Elle n'est que de 35,5 dans les asiles anglais. La même remarque s'applique aux pommes de terre dont la consommation est deux fois plus grande en Irlande (112) qu'en Angleterre (55,5). Deux asiles font exception, Armagh et Kilkenny; l'allocation hebdomadaire de ce légume y est insignifiante. Les gâteaux de fruits et le fromage, qui forment en Angleterre un élément important du régime des aliénés, ne trouvent pas leur emploi en Irlande, où l'on utilise d'autre part le thé, la farine d'avoine et le cacao. Ce dernier article, qui est consommé dans les 14 asiles, est peu goûté des malades et doit disparaître un jour des feuilles du régime. Enfin, la rareté du poisson et du beurre en Irlande ne permet pas de comprendre ces comestibles dans le régime alimentaire des alienés de ce pays.

*II. — L'ivrognerie dans ses rapports avec la responsabilité des criminels;* par le Dr G. SAVAGE.

Notre savant confrère voudrait voir ces rapports mieux définis qu'ils ne le sont à l'heure actuelle. L'étrange diversité des jugements rendus par les tribunaux contre les buveurs qui ont commis des crimes, démontre que l'accord est loin d'être fait entre les jurys et la science. En effet, dans les causes de ce genre les sentences contradictoires abondent.

Dans les assises de Lancastre a comparu le 25 décembre le nommé Joseph Baines, coupable du meurtre de sa femme. Baines était un buveur que ses habitudes d'ivrognerie avaient séparé pour quelque temps de celle qui devait plus tard mourir de sa main. Tout récemment, ils s'étaient remis ensemble. Le jour de Noël fut pour lui l'occasion de libations copieuses et c'est le lendemain matin qu'il devint meurtrier. Il va trouver sa femme chez un voisin et la frappe de quatre coups de couteau. Les blessures sont horribles et n'ont pas moins de quatre pouces de profondeur. Baines constate avec soin le décès de sa victime et il affirme nettement son intention criminelle. Il entendait se venger de l'infidélité de sa femme. Depuis plusieurs jours, il entretenait sur elle des conceptions délirantes; les témoignages ont démontré qu'il était excité avant de commettre cet acte, qu'il se frappait avec un bâton et se cognait la tête contre les murailles. Cet homme a été condamné à mort par le jury, bien que le résumé du juge lui eût été favorable.

James Williams, homme de peine, a mis à mort sa sœur, jeune fille de seize ans. Il habitait avec elle et leur père, la même chambre. Dans la nuit du 2 décembre, il rentre ivre au logis. Après avoir dit à sa sœur quelques mots insignifiants, il se rend dans la cour et revient quelques instants après dans la chambre commune. Il prend alors son fusil dans un coin et, sans épauler ni viser, décharge l'arme au hasard. La balle va tuer raide la pauvre fille dans son lit. Bien que cet acte déplorable soit évidemment involontaire, Williams, excité par la boisson, en réclame la responsabilité. Il avait, dit-il, l'intention bien arrêtée de tuer son père, sa sœur et lui-même après. Sa sœur avait des relations avec un soldat et méritait la mort. L'avocat de Williams a fait connaître qu'il avait fait autrefois une tentative de suicide. Dans la prison, le meurtrier n'a pas donné de signes d'aliénation mentale. M. Savage le considère comme un faible d'esprit, susceptible d'être facilement influencé par l'alcool. Le défenseur a cherché à établir qu'au moment de l'acte, l'accusé n'en connaissait pas la portée et que, en l'absence de prémeditation, étant donné son état d'ébriété, il n'y avait pas à tenir compte des propos tenus après le crime. Le défenseur demandait au jury un verdict d'homicide simple, dans le cas où l'aliénation mentale ne serait pas admise. Le jury a fait droit à ces conclusions, et Williams s'en est tiré avec quinze ans de travaux forcés.

Esther Base, une buveuse d'habitude, a tué son fils âgé de neuf mois, qu'elle chérissait tendrement. Cette malheureuse a profité d'un moment où sa famille l'avait laissée seule pour jeter son enfant par la fenêtre. Depuis plusieurs jours, elle était poursuivie de l'idée qu'on voulait le lui ravir. Elle a prétendu plus tard qu'elle avait été poussée à ce meurtre par le désir d'envoyer son fils parmi les anges. Esther Base a été acquittée et placée dans un asile criminel. Mais nous relevons dans ce procès un détail étrange. Cette femme a été évidemment sous le coup d'un délire alcoolique, et cependant le juge s'est abstenu de mentionner ce fait important et a posé simplement aux jurés la question d'aliénation mentale.

On voit par ces trois procès, que nous avons résumé le plus brièvement possible, combien la jurisprudence est encore indécise dans les causes où l'alcoolisme joue un rôle. Dans le premier, le juge a pris soin de déclarer que l'alcoolisme aigu peut être considéré comme une excuse, ce qui n'a pas empêché le jury de condamner l'accusé à la peine de mort.

Le second meurtrier, qui aurait dû être exécuté ou interné dans un asile, a été frappé d'une peine relativement bénigne. Enfin, la troisième affaire s'est terminée par l'internement de l'aliénée ; mais l'alcoolisme a été passé sous silence.

*III. — Portée psychologique du récent programme d'admission à l'Université de Londres; par Triboulet.*

Cette critique, écrite sous une forme mordante, fait le procès aux programmes d'examen en général. Ils méritent tous le reproche de mettre seulement en évidence le nombre de pages ou de volumes retenus par l'étudiant, sans montrer le développement réel de son intelligence. On cherche, de nos jours, à inculquer à la jeunesse la connaissance du livre, non la sagesse mentale. L'Université de Londres commet, tous les ans, les mêmes errements. Néanmoins, il convient de constater que son dernier programme d'examen représente une amélioration notable. L'écrivain passe en revue les questions posées en latin, en grec, en français, en anglais, en mathématiques, en philosophie, en chimie, en un mot dans les différentes branches de l'enseignement et constate avec satisfaction que leur choix a été plus judicieux que par le passé et qu'il est plus propre à éclairer l'examinateur sur la véritable valeur du candidat. Il y a progrès aussi dans la manière dont se passent les examens. On doit féliciter les juges de multiplier davantage leurs questions sur un même sujet, de manière à permettre à l'étudiant de montrer la variété de ses connaissances. L'examen est fait pour le candidat, non pour le professeur ; il n'est pas un sport où ce dernier puisse chercher à briller aux dépens de sa victime. L'auteur de l'article termine par quelques réflexions très sages sur le surmenage de la jeunesse, qu'il regarde comme un véritable abus social. Il serait temps d'en finir avec le déplorable système d'éducation qui consiste à bourrer de manuels le cerveau des jeunes gens, au détriment de leur santé et de leur avenir.

*IV. — Deux cas de folie latente; par Conolly Norman.*

Les observations comme celles qui sont consignées à cette place, ne sont pas rares dans la science. Le travail de M. Conolly Norman, très soigneusement élaboré d'ailleurs, est un chapitre de plus à ajouter à l'histoire des aliénés libres. Les

deux individus dont il a raconté la vie ont pu rester de longues années dans la société sans que leur trouble mental ait été soupçonné par leur entourage. Le premier est un employé de la police, âgé de quarante-cinq ans, qui a eu des enfants atteints de convulsions. Pendant vingt-cinq ans, cet homme a été sous le coup d'un délire ambitieux ; il a pu dissimuler sa folie et être investi de missions délicates en qualité de sous-constable. Il a porté des armes, s'en est servi et a témoigné en justice dans des affaires criminelles. Son trouble mental a procédé par gradations successives. Le malade a présenté d'abord une estime exagérée de lui-même, de sa valeur intellectuelle ; ensuite ont paru des conceptions délirantes touchant sa fortune et sa famille. En dernier lieu, un délire religieux marqué par des idées de grandeur (il se croyait en relation avec la divinité) a rendu la séquestration nécessaire.

L'autre aliéné est un homme instruit, bien doué, chez lequel s'est développé, à l'époque de la puberté, un délire de persécution. Pour fuir ses ennemis imaginaires, il abandonne ses études et s'enrôle dans l'armée. Il part pour les Indes et il devient sergent comptable. A la faveur d'une amélioration, il retourne en Angleterre, mais il n'y séjourne pas longtemps. Tourmenté par des hallucinations, il prend en aversion ses amis et sa famille et disparaît de nouveau. Il s'engage dans l'armée américaine et y remplit pendant un temps assez long la charge d'aide-commissaire. Après quelques années, il se rapatrie définitivement et vient s'installer dans son pays, dans un cottage solitaire. Il s'isole de toute société, commet une tentative de suicide et il est enfin recueilli à l'asile. Cet homme avait un système délirant complet et bien curieux. A des illusions du sens génital, liées à un développement incomplet des organes, il joignait des idées de persécution et d'empoisonnement. Il croyait avoir le diable dans sa poche et franchissait fréquemment les ruisseaux, croyant l'en chasser par cette manœuvre. Il avait soin d'ailleurs de tenir secrètes ses idées extravagantes qu'on n'a connues que plus tard. Il apportait une adresse remarquable à dissimuler son délire, si bien qu'il a pu sembler raisonnable et vivre au dehors jusqu'à l'âge de cinquante et un ans.

V.— *Cas d'auto-mutilation persistante*; par ERIC SINCLAIR.

Le sujet de cette observation est atteint de manie récurrente d'origine alcoolique. Après une période assez longue marquée par des agressions fréquentes et violentes, ses tendances se modifient et il tourne contre lui-même ses impulsions dangereuses. Un an et demi après son admission, il s'arrache un testicule, prétendant qu'il n'est pas à lui et qu'il appartient à un nègre placé dans la même salle. Il s'est servi pour cette opération d'un clou soigneusement affilé. Cinq mois après, il parvient à l'aide d'une boucle de pantalon à pratiquer l'ablation de l'autre testicule. Cette fois, il a soin de l'avaler pour qu'un autre malade ne s'avise pas de le lui dérober. Plus tard, cet homme se fait des incisions et des piqûres multiples sur la peau avec des morceaux de verre qu'il trouve à terre. Un jour, il s'ouvre la temporale gauche et provoque une hémorragie grave. Il a succombé quatre ans après son entrée, victime d'une manœuvre qu'il a pu accomplir en dépit de la surveillance. Il s'était planté un petit clou dans la tempe droite en se frappant la tête contre le mur, jusqu'à l'introduction complète du corps étranger. Le gonflement produit autour de la blessure n'a pas permis d'en reconnaître l'origine et la peau s'est cicatrisée sur le clou. Ce n'est que plus tard, deux mois après, qu'un petit abcès s'est formé et que le corps étranger a été retiré de la blessure. Le malade est mort le lendemain de l'opération.

VI.— *Auto-mutilation chez une lionne*; par P.-S. ABRAHAM.

Cefait curieux a été communiqué à la section de pathologie de l'Académie irlandaise de médecine par M. P.-S. Abraham et publié dans le troisième volume des *Transactions*. La lionne dont il est question était un des plus beaux sujets du jardin zoologique de Phénix-Park. Elle était âgée de douze ans, habitait la ménagerie depuis cinq ans et avait toujours eu une bonne santé. Elle avait mis bas trois fois; les petits étaient chétifs et ils étaient morts rachitiques et jeunes. Depuis un an, cette lionne avait cessé d'être en rut. Elle s'était mise à ronger sa queue. Après avoir dévoré, morceau par morceau, toute la portion de cet appendice qu'elle pouvait atteindre avec ses dents, elle avait attaqué une de ses pattes de derrière, qui commençait

à disparaître. On a dû l'abattre. L'auteur de cette note s'est livré à une enquête des plus intéressantes auprès des directeurs de collections vivantes en Angleterre, en Allemagne, en Hollande, etc., au sujet de ce singulier symptôme. On l'a observé chez un certain nombre d'animaux, notamment chez les renards, les rats, les hyènes, les tigres, les jaguars, etc., Il est lié fréquemment à la présence d'une blessure ou d'une affection cutanée. L'irritation qu'elles produisent portent l'animal à se ronger et à s'arracher des lambeaux de chair. Cette explication n'est pas acceptable dans le cas actuel, la peau de la lionne étant parfaitement saine, et M. Abraham pense qu'il faut voir là une véritable impulsion délirante de cause hystérique.

**VII. — *Atrophie de la pariétale ascendante droite chez une amputée du bras gauche;*** par le D<sup>r</sup> WIGLESWORTH.

Il s'agit d'une épileptique, décédée à l'âge de cinquante-six ans, qui a été, à l'âge de quatre ans, victime d'un accident et a subi l'amputation du bras gauche au tiers moyen. La zone motrice du cerveau présentait à l'autopsie des modifications remarquables. Les deux frontales ascendantes étaient également développées, mais il n'en était pas de même des deux circonvolutions parallèles et la pariétale ascendante droite était notablement atrophiée. Sur une longueur de trois quarts de pouce, à partir de la scissure médiane, les deux circonvolutions pariétales avaient un volume égal. La droite paraissait même un peu plus épaisse. Mais à partir de ce point, cette circonvolution était réduite à la moitié de son volume jusqu'à sa terminaison, où elle recouvrait, sur une longueur minimale, ses dimensions normale. Le cerveau pesait 1,240 grammes et n'offrait aucune anomalie. On remarquera que ce fait concorde avec les expériences de Ferrier, qui a localisé les centres de mouvement de la main et du poignet dans la partie moyenne de la pariétale ascendante.

**VIII. — *Cas d'accumulation de cheveux, etc., dans l'estomac, avec remarques;*** par le D<sup>r</sup> COBBOLD.

M. le directeur de l'asile d'idiots d'Earlswood publie le cas d'un épileptique de dix-huit ans qui, après avoir souffert pendant un temps assez long de troubles gastriques inexpliqués, a

succombé dans le marasme et dans l'estomac duquel on a trouvé une masse allongée, compacte, formée par des cheveux, du crin et des fibres de coco. Cet imbécile avait été envoyé à l'atelier de triage des noix de coco. On a appris plus tard qu'avant d'être à l'asile, il avait l'habitude de porter des cheveux à sa bouche. M. Cobbold observe très justement qu'il n'a pu avaler isolément des corps étrangers de cette nature et qu'ils ont dû pénétrer dans l'estomac avec les aliments au moment des repas. Ce fait porte en lui un enseignement qui a sa valeur. On doit avoir soin, quand on alimente ces malades, d'inspecter la bouche avant d'y introduire la nourriture. Les cas de ce genre sont assez fréquents dans les établissements spéciaux. Un autre imbécile observé par M. Bucknill a été victime du même instinct dépravé, mais il a succombé à des accidents différents. Le corps étranger a produit une perforation de l'estomac et le malade a été emporté par une péritonite.

#### IX. — *Un cas de folie saturnine*; par le D<sup>r</sup> HALE WITE.

Voici le résumé de ce cas clinique : Thomas H..., âgé de quarante ans, plombier; père goutteux; a eu autrefois des coliques saturnines; plus tard, la goutte rhumatismale. Deux jours après une attaque de goutte, qui avait affecté sévèrement le poignet, il est pris d'accidents convulsifs. Ces accidents augmentent de fréquence et d'intensité jusqu'au moment de l'admission à Guy Hospital.

L'accès épileptique s'annonce par un cri aigu, suivi de chute et de tremblement généralisé. Puis apparaît l'écume à la bouche; le malade grince des dents, le regard est fixe. L'accès dure une demi-heure et se termine par une phase de stupeur. Au moment de l'admission, on constate les signes extérieurs de l'intoxication saturnine : teinte ardoisée de la peau, coloration du bord gingival, etc. Ce malade est dans un état d'obtusion mentale. Bien qu'il réponde à peine, on perçoit un embarras de la parole qui rappelle la paralysie générale. Il n'y a pas d'autres troubles moteurs. Cet homme s'est amélioré en quelques jours sans traitement.

#### X. — *Quelques formes anormales de respiration*; par le D<sup>r</sup> JULIUS MICKLE.

Ce n'est pas le phénomène de Cheyne-Stokes qui est étudié dans cette note, mais certaines respirations anormales qui se rapprochent de ce type morbide et qui n'en diffèrent que par

l'absence de quelques caractères. M. Mickle rapporte huit observations qu'il a divisées en deux séries. A la première (3 paralysies générales, 1 démence) correspond une forme respiratoire qui n'est autre que le phénomène de Cheyne-Stokes diversement simplifié. La deuxième série (2 paralysies générales, 1 lypémanie chronique, 1 méningite tuberculeuse) comprend des cas représentant ce type morbide, moins la phase apnéeale. Nous ne pouvons que signaler ces cas cliniques intéressants, peu susceptibles d'analyse. On est loin d'être fixé sur l'origine du phénomène de Cheyne-Stokes, M. Mickle a trouvé dans un cas des altérations microscopiques de la moelle allongée. Tizzoni a constaté chez un sujet l'inflammation des nerfs vagus. Le travail que nous avons sous les yeux donne la relation de six autopsies dont il paraît difficile de tirer des conclusions satisfaisantes. Au surplus, nous relevons pour chacune d'elles les lésions des centres nerveux.

1<sup>o</sup> Paralysie générale. Trace d'hémorragie à la face interne de la dure-mère du côté droit; œdème et opacité des méninges; adhérence et décorticication plus marquée à droite qu'à gauche, affectant les régions temporo-sphénoïdale, orbitaire et la circonvolution marginale droite. Ecorce ramollie antérieurement. Ventricules latéraux décolorés et granuleux. Hexagone de Willis athéromateux. Un peu de myérite spinale diffuse.

2<sup>o</sup> Démence consécutive chez un ptisique. — Infiltration tuberculeuse de la convexité des hémisphères, surtout à droite. Ramollissement du trigone du corps calleux et des tissus avoisinant les ventricules latéraux.

3<sup>o</sup> Paralysie générale. — Lésions de la paralysie générale siégeant principalement à gauche et en avant, moins étendues à droite. Nodule jaune dans les méninges au niveau de la seconde frontale gauche. Ramollissement du trigone et de la moelle; méningite spinale chronique.

4<sup>o</sup> Paralysie générale avec ptisie. — Lésions de la paralysie très étendues, affectant presque toute la surface du cerveau et principalement la partie postérieure des deux lobes frontaux et pariétaux. Ramollissement du trigone et des ganglions de la base, de la protubérance et de la moelle allongée. Méningite spinale tuberculeuse.

5<sup>o</sup> Lypémanie chronique et ptisie. — Altérations cérébrales peu marquées, sans autres détails.

6<sup>o</sup> Méningite tuberculeuse. — Tubercules de la pie-mère occupant les deux tiers antérieurs de la convexité et, à la base,

l'espace interpédonculaire et les régions postérieures de la surface orbitaire.

### XI. — *Attaques contre les médecins aliénistes.*

Les numéros de décembre 1885 et de janvier 1886 du *Nineteenth Century* contiennent deux articles peu bienveillants pour les aliénistes. L'un est sorti de la plume d'un magistrat, le baron Bramwell qui, ayant entrepris de traiter la question de la responsabilité criminelle, a dit par la même occasion leur fait à nos confrères en aliénation mentale. A vrai dire, la riposte à ces attaques était facile et les énormités écrites par lord Bramwell ont pu être aisément relevées par le chroniqueur du *Mental Science*. Elles n'ont rien de bien nouveau. Les médecins aliénistes n'ont pas une compétence spéciale pour diagnostiquer la folie. Les hommes de loi peuvent se passer de leurs lumières. Un aliéné est responsable, lorsqu'il peut connaître la portée d'un acte criminel et comprendre que la loi le lui défend. Il sait que la loi l'a menacé d'une peine et cela suffit pour justifier sa condamnation, s'il l'enfreint. Mais l'écrivain va plus loin encore. C'est précisément, dit-il, parce que l'aliéné a un pouvoir de contrôle moindre, que la loi doit lui être appliquée. Le savant juge vante cette loi, qui, d'après lui, est complète et fournit un *criterium* assez clair pour n'avoir pas besoin d'être interprété par un spécialiste. Il y a longtemps que ces choses ont été dites et réfutées.

L'autre article est signé par lord de Maulay. Il est plus courtois dans la forme et contient moins d'erreurs. Son auteur reconnaît que l'intervention des aliénistes est indispensable dans les cas judiciaires où la folie est invoquée, mais il dirige en même temps des attaques injustes contre les maisons privées, à l'égard desquelles il partage la prévention générale. Il propose la création d'une Cour de l'aliénation mentale, présidée par un juge possédant des notions sur la folie. Devant cette Cour, seraient traduits les individus soupçonnés d'aliénation mentale. Il a surtout en vue, en demandant cette innovation, la protection des intérêts des aliénés. Certains d'entre eux pourraient jouir de la liberté ou être traités dans des cottages à proximité des asiles, tandis que leurs biens seraient administrés par la chancellerie. Lord de Maulay ignore sans doute quelle somme de liberté est accordée, sous le régime actuel, aux aliénés de la Chancellerie. Ce n'est pas une innovation qu'il a proposée.

Quant à l'idée d'instituer une Cour de la folie, elle est peu pratique. Le juge expert, remarque malicieusement notre confrère, devra d'abord être médecin, et l'écrivain du *Nineteenth Century* n'a pas voulu, sans doute, proposer la création d'une Cour médicale.

### XII. — *Projet de loi sur les aliénés à la Chambre des lords.*

La seconde lecture du projet de loi, par le nouveau lord chancelier, à la Chambre des lords, a soulevé, de la part de plusieurs membres de la chambre haute, des attaques violentes contre les maisons privées et la législation qui régit les aliénés traités isolément. Le nouveau bill contient en substance les dispositions suivantes : intervention du magistrat dans le placement des aliénés volontaires ; ordre de placement signé autant que possible par un parent de l'aliéné ; dépôt d'un rapport médical après trois ans d'internement, concluant à sa prolongation ; obligation pour les directeurs de respecter le secret des lettres adressées à l'autorité ; défense de séquestrer dans un asile de pauvres les aliénés non indigents ; suspension de toute nouvelle licence pour l'ouverture d'un asile privé ; interdiction à ceux qui existent déjà de recevoir de nouveaux pensionnaires. Cette dernière clause prépare l'extinction des maisons de santé. En ce qui concerne les aliénés traités isolément, ils ne pourront être gardés dans une famille que s'ils ont été reconnus aliénés par une enquête.

Toutefois ces dispositions rigoureuses ont été un peu adoucies, grâce aux démarches faites auprès du lord chancelier par les délégués de l'Association médico-psychologique. Le 18 mars, ce haut magistrat a déposé à la commission de la Chambre certains amendements à la loi qui ont pour effet d'en modifier matériellement les clauses. Ils ont trait à la protection des aliénistes et des maisons privées contre les actions judiciaires qui peuvent leur être intentées, à la défense des intérêts des propriétaires des maisons privées, aux malades soignés isolément, à l'intervention des médecins pour le placement de l'aliéné, lorsque le magistrat croit devoir le soumettre à un second examen. Une autre disposition de ce nouveau projet de loi donne au lord chancelier le pouvoir d'amalgamer certaines fonctions administratives, comme celles de chef de l'aliénation mentale (*master in lunacy*), visiteur de la chancellerie, inspec-

teur. Le lord chancelier se proposerait de reconstituer le « lunacy Board » sur de nouvelles bases.

D<sup>r</sup> PONS.

---

## JOURNAUX ALLEMANDS

### **Der Irrenfreund.**

ANNÉE 1887.

*Psychoses à la suite de lésions mécaniques ;*  
par le D<sup>r</sup> Brosius (n<sup>o</sup>s 1 et 2).

Tandis que les névroses telles que le tétanos, l'éclampsie, l'épilepsie, se produisent souvent à la suite de lésions des nerfs périphériques, les psychoses traumatiques ne s'observent d'une manière générale qu'à la suite de lésions ayant leur siège à la tête même, et qui ont été accompagnées de violences de nature à provoquer la perte de connaissance. En effet, l'on ne saurait imputer la psychose traumatique à la lésion des nerfs superficiels de la tête, vu la fréquence de ces lésions relativement au petit nombre de psychoses traumatiques, il faut dans bien des cas faire la part large au terrain où la folie s'est déclarée, terrain qui dans ces cas a été admirablement préparé, soit par une prédisposition héréditaire, soit par des conditions individuelles, comme par exemple un accès antérieur d'aliénation mentale.

On ne saurait en dire autant des traumatismes périphériques de la tête, accompagnés de commotion cérébrale avec vertige, stupeur, perte de connaissance. On doit admettre, dans ce cas, une lésion du cerveau capable de provoquer directement la psychose, tandis que la lésion périphérique est à peu près insignifiante. Aussi la perte de connaissance dans ces conditions doit-elle être considérée comme un trouble psychique grave, qui peut faire redouter des accidents ultérieurs, tels que la folie, l'affaiblissement intellectuel, l'épilepsie, et qui impose la prudence et le repos cérébral, alors même qu'il n'est pas dans les premiers temps suivi d'autres symptômes cérébraux. Ici l'auteur rapporte le cas d'un officier qui, à la suite d'une chute de cheval, eut des absences et de l'engourdissement intellectuel dont il fut seul à s'apercevoir, et qui, trois mois plus

tard, eut du délire des persécutions d'abord, des idées de grandeur ensuite et qui mourut dément paralytique cinq ans plus tard.

La psychose traumatique dans ce cas est dite secondaire. Le délire a été secondaire en effet, mais il y a eu comme trouble primaire un défaut d'association d'idées.

Cette psychose secondaire, survenant à la suite d'accidents directs comme ceux mentionnés plus haut, serait presque toujours incurable; tandis que le pronostic serait moins sombre pour les psychoses se rattachant immédiatement au traumatisme.

Mais, même ces derniers cas, qui sont traités plus souvent dans les hôpitaux que dans les asiles, ne guérissent pas toujours complètement, et laissent après eux des troubles divers d'innervation, de la faiblesse de la mémoire, etc.

D'autre part, il y a également des traumatismes de la tête qui laissent après eux durant de longues années des troubles divers de la sensibilité, de la mémoire, sans aboutir à la folie secondaire. L'auteur rapporte plusieurs exemples de ce genre. Il fait remarquer aussi que les psychoses traumatiques peuvent soulever des questions médico-légales.

Il estime que conclure purement et simplement dans tous les cas à la relation de cause à effet entre le traumatisme de la tête et la folie serait hasardé; mais cette conclusion lui paraît juste quand, après le traumatisme, il est resté des symptômes tels que troubles de la sensibilité et de la motilité, changement de caractère, irritabilité, incapacité pour les occupations intellectuelles, etc. Le cerveau dans ces cas est plus que prédisposé, il est déjà malade, et les symptômes en question sont les prodromes de la psychose secondaire survenue plus tard.

Quand, au contraire, ces prodromes font défaut, quand il y a eu un intervalle de santé complète, le médecin expert ne peut pas toujours se prononcer dans un sens ou dans un autre. Dans ce cas, les probabilités de la nature secondaire et traumatique de la psychose sont d'autant plus grandes qu'il y a moins de temps écoulé depuis l'accident et qu'il existe chez le malade moins de conditions pouvant produire la folie en dehors du traumatisme, comme, par exemple, l'hérédité, l'alcoolisme, le surmenage, la misère, etc.

*Hypnotisme et suggestion; par le Dr Stille-Ihlenworth  
(n°s 2, 3, 4 et 5).*

L'auteur expose d'abord comment il y a huit ans, à la suite de tournées du magnétiseur Hansen dans les grandes villes d'Allemagne, les médecins ont été amenés à s'occuper des questions d'hypnotisme et de suggestion. C'est ainsi que Weinhold et Heindenhain ont publié des travaux sur ce sujet et que Preyer a donné une traduction des œuvres de Braid.

Il rend ensuite compte des expériences et des travaux des savants français qui, dit-il, se sont plus spécialement adonnés à l'étude des phénomènes hypnotiques.

Il est inutile de donner ici l'analyse, très intéressante du reste, que fait l'auteur des travaux de Charcot, Bérillon, Voisin, Cullerre, Bernheim, Bourru et Burot, Richer, etc. Ces travaux sont connus des lecteurs des *Annales*; mais il ne sera peut-être pas sans intérêt de signaler quelques considérations émises par l'auteur, notamment en ce qui concerne les dispositions respectives de la nation allemande et du peuple français à l'action hypnotique et à la thérapeutique suggestive.

Il estime que si les auteurs français se sont livrés avec plus d'ardeur à l'étude de l'hypnotisme, cela tient à ce qu'ils avaient à leur disposition des éléments d'études plus nombreux; car tandis qu'en Allemagne, une personne sur six et même sur neuf seulement, serait susceptible d'être hypnotisée, en France, presque tout le monde serait *hypnotisable*. Cette particularité, l'auteur l'explique par la prédisposition aux maladies nerveuses qui facilite probablement les phénomènes hypnotiques, et qui, en France, est très commune à la suite de la surexcitation, de l'appréte de la lutte pour l'argent et pour les jouissances, et qui, en Allemagne, se traduit par les formes graves, mais presque inconnues de la névrose hystérique. Peut-être aussi, ajoute l'auteur, faut-il tenir compte de l'abus des narcotiques, du bromure de potassium, du chloral, qui en détériorant en France, chez les personnes des classes aisées, le système nerveux, les amène ainsi à rechercher avec plus d'ardeur dans l'hypnotisme un traitement propre à rétablir le fonctionnement normal de leurs centres nerveux, tandis qu'en Allemagne les formes graves d'affections nerveuses sont heureusement rares. Il reconnaît néanmoins que les phénomènes observés en France pourraient également se produire en Alle-

magne, et que les médecins des grands centres seront les mieux placés pour les observer et les étudier, et trouveront dans les importants travaux parus en France des indications précieuses.

A propos des questions médico-légales qui peuvent se rattacher à l'hypnotisme, l'auteur signale que les auteurs français se sont souvent demandé s'il était permis d'avoir recours à l'hypnotisation en justice, pour découvrir les circonstances d'un crime qu'on ne saurait apprendre par d'autres voies. Quant à lui, il estime avec le philosophe Du Prel (dans le *Sphynx*) que du moment qu'il s'agit de justice, et qu'il peut être éventuellement question de sauver un innocent, le fait qu'on abolit la volonté du sujet, et qu'on lui enlève tout moyen de défense, ne saurait être pris en considération ; l'hypnotisation étant justifiée par l'élévation du but qu'on poursuit. Quant aux pratiques hypnotiques en général, elles sont en France blâmées par Charcot, quand elles n'ont pas un but scientifique; il faut qu'elles restent du domaine médical pour pouvoir rendre des services à l'humanité. En Italie, dans certains cantons de la Suisse et plus récemment en Prusse (1), les représentations des magnétiseurs ayant pour but le lucre, ont été interdites ; dans le canton de Neufchâtel, il faut l'avis d'une commission sanitaire et l'autorisation du gouvernement pour se livrer à des pratiques hypnotiques, même dans un but médical et scientifique. L'auteur estime qu'il n'y a pas lieu d'interdire les pratiques hypnotiques sur le terrain médical, sous prétexte que des abus pourraient se produire; attendu qu'il faudrait dans ce cas étendre la prohibition à bon nombre d'autres moyens qui sont à la disposition des médecins.

D<sup>r</sup> AL. ADAM.

---

(1) Le tribunal correctionnel de Carlsruhe a jugé ces derniers un hypnotiseur qui avait endormi un jeune homme de dix-neuf ans. Le tribunal a vu dans ce fait une atteinte à la liberté individuelle, et un cas de blessures corporelles par négligence. (*Progrès médical.*)

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

*Histoire des origines de l'asile de Dordrecht*; par le Dr S. A. Van der Chys, médecin en chef de l'asile de Zutphen (Hollande).

Malgré l'antique origine de la ville de Dordrecht et la grande richesse de ses archives, on n'y trouve que de rares documents pouvant éclairer l'histoire de l'aliénation mentale dans les siècles précédents. La première mention en est faite par Balen en 1677, à l'occasion de la description d'un couvent où se trouvaient treize cellules. D'autres installations de ce genre existaient dans des fondations hospitalières et notamment à la léproserie, (*leprooshuis*), où les malheureux aliénés étaient réduits à vivre d'une façon absolument misérable. C'est en 1759, qu'émue de leur triste sort, la municipalité de Dordrecht décida que les aliénés confinés à la léproserie seraient transférés dans une maison de charité (*Geesthuis*) récemment évacuée par les enfants pauvres ou orphelins. Ce sont là les origines de l'asile actuel qui s'est progressivement développé depuis 1759 sur l'emplacement dudit *Geesthuis*.

Les aliénés, qui précédemment confinés à la léproserie, s'y trouvaient en contact avec le rebut physique de la société, eurent à subir au *Geesthuis* le rebut moral de cette même société. Comme il n'arrivait que trop souvent à cette époque, on séquestra au *Geesthuis*, en même temps que les aliénés, les gens de mauvaise conduite et autres parias.

L'administration de l'établissement fut confiée à un conseil de régents, ayant sous ses ordres un receveur, un surveillant et une surveillante en chef. Dès ses premières réunions, qui eurent lieu en 1760, le conseil des régents s'occupa des améliorations à apporter: construction d'un quartier cellulaire, acquisition de maisons situées dans le voisinage et différents aménagements des bâtiments déjà existants. Ces améliorations furent suivies en 1765 par la création, dans une des dépendances de l'établissement, de logements pouvant être affectés aux malades

dont la pension serait payée par leurs familles; mais ces travaux ne furent malheureusement pas sans causer de nombreuses réclamations et difficultés financières que l'auteur relate en détail et qui furent définitivement tranchées par le conseil communal (Oudraad).

Pour ce qui concerne les placements à cet asile municipal, dénommé alors « Stads Kranksinnigen betherhuis », les plus anciens documents révèlent qu'ils étaient faits par le pouvoir judiciaire de l'époque, et aussi par les autorités administratives les plus diverses, sans que le plus souvent il soit fait mention de la moindre enquête médicale. Un scandale sur la voie publique, des disputes conjugales, des habitudes d'intempérance, voire même le fait d'avoir blasphémé dans un cimetière, étaient choses suffisantes pour que les coupables fussent internés pendant deux ans; outre qu'une prolongation de leur internement de deux en deux ans était livrée à la simple appréciation des régents.

Cet état de choses, quoique déjà un peu plus sérieusement réglementé en 1770 par les ordonnances de la cour de Dordrecht, n'était malheureusement que trop favorable aux plus grands abus. C'est ainsi que l'auteur mentionne le cas d'un homme qui fut séquestré pendant trente-neuf ans pour le simple fait d'avoir maltraité sa femme, et le cas non moins étrange d'un inconnu qui fut également maintenu à cet asile, de 1788 jusqu'à 1808, époque de sa mort, parce que d'après le simple dire des gens de police qui l'avaient arrêté, il parlait une langue inconnue et semblait aliéné.

Si des abus considérables pouvaient se produire pour les entrées, des abus non moins graves se produisaient pour les sorties. Il existe dans les archives de nombreux documents prouvant que, sur la demande des familles et même sur sa propre initiative, l'administration de l'asile prenait avec la compagnie des Indes des arrangements pour engager à bord de ses bâtiments ou faire reléguer dans les colonies des sujets séquestrés pour leur mauvaise conduite et probablement aussi pour leur *moral insanity*. Le premier registre mentionnant les hommes séquestrés porte fréquemment, à côté de la date d'entrée, cette courte et terrible formule : (Versonden na Oostindie) Envoyé aux Indes orientales.

Outre le conseil des régents, il existait un conseil de régentes, dont il est fait mention pour la première fois en 1765.

Le receveur avait dans ses attributions de très fréquentes

visites dans l'établissement, outre qu'il tenait sous son autorité le surveillant chef (*binnen vader*). Il y a lieu de citer à la louange du receveur qui était en fonctions en 1772, la rédaction d'un règlement en 47 articles prescrivant les mesures les plus intelligentes et les plus humanitaires pour le traitement des aliénés. Chose assurément remarquable pour une époque où ce traitement ne consistait le plus ordinairement que dans l'emploi de procédés barbares ou inhumains.

L'auteur mentionne ensuite le régime alimentaire des détenus, quelques mesures de discipline et d'ordre intérieur, la réglementation du service religieux ainsi que les motifs allégués par les régents pour ne pas admettre, à l'asile, d'aliénés appartenant au culte israélite.

Après avoir insisté sur l'importance infime du service médical confié à un simple chirurgien de la ville et même, pendant un temps très court, il est vrai, à la veuve de ce dernier, il arrive à la fameuse année 1795, époque de la fondation de la République Batave.

L'asile subit à cette époque, comme toutes les autres administrations de la Hollande, l'influence des principes égalitaires de la Révolution. Il en résulta de nombreuses réformes, et il fallut naturellement qu'un brevet de civisme vint s'ajouter au brevet d'administrateur. De là, de profondes modifications dans la composition du conseil des régents, des révocations pour refus de prêter serment, et des réformes financières dont le résultat, fortement entravé par les difficultés inhérentes à cette époque troublée, ainsi que par la cherté des vivres, est loin d'être brillant. Plusieurs fois même l'établissement est mené à deux doigts de sa perte à cause de la suppression de ses priviléges, d'une forte diminution des subventions municipales et des impôts qui l'obéraient outre mesure. Toutes ces difficultés sont longuement relatées dans les correspondances échangées entre le conseil des régents et l'administration supérieure; mais elles eurent au moins l'avantage de rendre nécessaire une forte diminution dans le chiffre des détenus pour mauvaise conduite, au nombre de 50 en 1806, et dont plusieurs furent dans cette même année incorporés dans l'armée. D'autres améliorations, datant de cette époque, consistent dans une réglementation désormais très sévère des formalités nécessaires à l'admission des malades, et dans la création en 1804 d'un poste, non plus de chirurgien, mais de médecin attaché à l'établissement.

De 1809 à 1812, malgré la bonne volonté des régents, et

des économies très sérieusement étudiées et réalisées par eux, l'état financier de l'asile, par suite de nouvelles charges, devint tel que les régents, pour ne pas aller au devant d'un déficit certain, adressèrent leur démission à quinzaine au préfet du département des Bouches-de-la-Meuse, le baron de Stassart; mais ce dernier les somma, sous peine de poursuites, de rester à leur poste jusqu'au moment où il en aurait statué.

Cette démission n'en fut probablement pas moins maintenue; car en 1817 l'asile se trouva encore administré par le receveur, sous l'autorité du maire de Dordrecht. Un nouveau conseil des régents fut élu au commencement de cette même année et le receveur lui rendit compte de la situation financière de l'établissement qui, durant les dernières années, était devenue beaucoup plus satisfaisante.

De 1820 à 1830, l'asile s'accroît, lentement il est vrai. Sur la demande des gouverneurs de ces provinces, il accepte, en 1820 et quelques années plus tard, des propositions relatives au traitement de malades provenant de la Zélande et de la Frise. En 1828, la Hollande méridionale veut également y placer des aliénés militaires, aux mêmes conditions de traitement que celles qui leur sont faites à Gheel déjà très connu à cette époque; mais l'établissement de Dordrecht ne peut en recevoir qu'un petit nombre et à des conditions de prix un peu plus élevées. En 1831, le Dr Wilhelm Rovers succéda dans le service médical au Dr Bodel décédé, et le conseil des régents assigne au nouveau médecin des obligations plus étendues, quoique encore très imparfaites.

L'époque qui s'écoule de 1830 à 1840 pourrait être appelée l'époque de Guislain, à cause de l'influence bienfaisante qu'exercent en Hollande les écrits et les idées humanitaires du savant et sympathique aliéniste belge. Le receveur de l'asile J. Smits, en répandant un opuscule très remarquable par la commisération qu'il appelle sur le sort des aliénés, contribue également à faire naître dans la Hollande l'idée d'améliorer leur sort. Le gouvernement prend dès lors l'initiative de sérieuses réformes et l'établissement de Dordrecht, qui avait déjà reçu dans les années 1826 d'importantes améliorations, création de nouvelles cuisines et d'une boulangerie, voit s'achever en 1836 un quartier plus convenable.

L'époque de 1840 à 1850 peut être appelée sans contestation celle du professeur Schröder-van-der Kolk. Cet éminent médecin crée pour l'aliénation mentale en Hollande, une ère toute nouvelle,

en faisant publier une nouvelle législation des asiles; et le 5 avril 1842, Dordrecht reçoit sa première inspection générale. De nombreuses réformes sont nécessaires pour que, suivant le rapport des inspecteurs, l'établissement puisse être considéré comme un véritable asile. Une commission est nommée à l'effet d'étudier dans d'autres asiles et notamment à celui d'Utrecht les différentes améliorations qui pourraient être apportées à celui de Dordrecht, et leur accomplissement a pour résultat d'amener une décision royale, autorisant ce dernier à recevoir provisoirement des aliénés des deux sexes. De nouvelles améliorations s'étant produites ultérieurement et sur l'initiative des inspecteurs, le conseil des régents sollicite en 1845 l'autorisation pour leur établissement d'être considéré comme un asile définitif. Mais leur demande ne devait être agréée qu'assez longtemps après. La ténacité des régents finit cependant par vaincre les lenteurs et les refus des Etats provinciaux de la Hollande méridionale. En 1849, ils obtinrent un subside de 19,890 florins. En 1850, eut lieu une adjudication de travaux pour 37,400 florins et finalement, en juin 1853, leur établissement, en obtenant le titre de « *Krankzinnig gesticht* », fut définitivement classé parmi les asiles publics de la Hollande.

En terminant son travail, le Dr Van der Chys, sans toutefois pouvoir nier d'une façon formelle leur existence, se loue cependant de n'avoir point trouvé dans les archives de Dordrecht la relation de ces faits barbares qui éclairaient autrefois d'un jour si défavorable le traitement des malheureux aliénés. Un de ses confrères, le Dr Van der Lith, dans son histoire des origines de l'asile d'Utrecht, a été moins heureux que lui; témoin la description qu'il fait dans son ouvrage d'exhibitions publiques d'aliénés faites à certains jours de réjouissance populaire. Une des kermesses d'Utrecht portait même le nom de Dolhuis-Kermes (kermesse de la maison des fous).

Dr GERMAIN CORTYL.

---

*La Folie. Causeries sur les troubles de l'esprit;* par le Dr Châtelain, 1 vol. in-18. Neufchâtel, 1889.

Écrire un livre d'aliénation mentale à la portée du public, sans tomber à chaque pas dans le domaine du roman ou du fait divers, est une œuvre difficile. Tout en restant scientifique,

il faut savoir intéresser et instruire le profane, en évitant de donner un aliment trop facile à son imagination déjà victime de tant d'erreurs en ce qui touche la folie particulièrement. Ces différents écueils, M. Châtelain les a évités ; on ne pouvait attendre autre chose d'ailleurs d'un aussi éminent praticien, qui a su allier ensemble, dans son livre, l'élégance de la forme et la profondeur des vues.

L'exposé pittoresque, bien que très savant, des affections mentales est précédé de généralités sur l'histoire de la folie, sur les fonctions du cerveau, sur le mécanisme de la pensée, puis sur les causes et les symptômes généraux de la folie. Ces chapitres sont abondamment nourris de faits, choisis dans l'histoire des peuples, mais surtout dans l'histoire de la littérature, que l'auteur affectionne tout particulièrement. Ces emprunts littéraires donnent un charme et une originalité incontestables à son œuvre.

Traitant ensuite des formes spéciales de la folie, il décrit successivement la faiblesse intellectuelle congénitale, à laquelle il rattache la folie morale et la manie raisonnante. La mélancolie, l'hypochondrie et la manie font l'objet de tableaux très saisissants, peints par un clinicien philosophe, et non par un chercheur de sensations.

L'auteur groupe sous le nom de délire systématisé à peu près toutes les autres formes de psychose : obsessions, impulsions, délire de persécution, folie ambitieuse érotique, religieuse. Cette classification, susceptible de critique dans un livre exclusivement destiné à l'enseignement dogmatique de l'aliénation, est au contraire tout à fait de mise dans un livre à la portée de tous. Il est bon, en effet, de ne pas égarer le public au milieu de classifications nombreuses, sans intérêt pour lui.

Un exposé succinct des démences (secondaire, sénile et paralytique) et des folies alcooliques termine la pathologie spéciale.

Quelques considérations sur les états analogues à la folie, sur son traitement, quelques remarques fort judicieuses sur l'aliéné et l'aliéniste devant les tribunaux, complètent l'ouvrage.

En résumé, le livre de M. Châtelain est une œuvre scientifique, qui est susceptible, non seulement de donner à un public éclairé de saines notions sur la folie, mais c'est encore un excellent manuel que devraient lire beaucoup de médecins non

spécialistes, et qui se tiennent trop systématiquement étrangers aux choses de l'aliénation.

D<sup>r</sup> LEGRAIN.

---

I. — *Les émotions chez les sujets en état d'hypnotisme. Études de psychologie expérimentale faites à l'aide de substances médicamenteuses ou toxiques, impressionnant à distance les réseaux nerveux périphériques*; par le D<sup>r</sup> J. Luys, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Charité. J.-B. Baillière et fils, éditeurs.

II. — *Hypnotisme; états intermédiaires entre le sommeil et la veille*; par Coste de Lagrave, médecin-major. J.-B. Baillière et fils, éditeurs.

III. — *L'inconscient. Étude sur l'hypnotisme*; par le D<sup>r</sup> Coste, 1 vol. in-16, Paris 1889. J.-B. Ballière, éditeurs..

I. — L'étrange découverte de MM. les professeurs Bourru et Burot, de Rochefort, sur l'action à distance des substances médicamenteuses, a été le point de départ de recherches nombreuses parmi lesquelles celles de M. le D<sup>r</sup> Luys se distinguent par leur caractère vraiment scientifique. Ses expériences, qui ont eu un si grand retentissement, se trouvent exposées dans le petit livre dont nous donnons ici une rapide analyse.

Après avoir, dans deux chapitres, fait connaître les procédés techniques à employer et la méthode à suivre dans la conduite des expériences, l'auteur passe aux résultats obtenus. Il est à remarquer d'abord que les réactions produites sur l'organisme par l'action à distance des substances médicamenteuses se présentent sous deux modalités bien tranchées : elles sont ou silencieuses ou loquaces ; ce qui veut dire que dans le premier cas l'action stimulatrice n'est pas suffisante pour faire sortir le sujet de l'état léthargique, tandis que dans le second, elle le conduit jusqu'à la phase du somnambulisme lucide, où il entre en communication avec le monde extérieur et peut faire connaître les impressions qui se passent en lui.

Parmi les substances qui produisent des réactions muettes, c'est-à-dire un état léthargique, il faut ranger le bromure de potassium, qui détermine des paralysies locales avec prostration généralisée pouvant aller jusqu'au coma ; le chlorydrate de

morphine, qui, suivant la position qu'on donne au tube qui contient la solution, amène l'expression d'une terreur profonde ou la béatitude des mangeurs d'opium ; le sulfate de strychnine, le sulfate d'atropine, les spiritueux, qui provoquent des réactions appropriées à leurs propriétés bien connues.

D'autres substances, dont l'action s'exerce plus spécialement sur l'intelligence proprement dite (café, haschich, rhum...), provoquent des phénomènes surtout psychiques. Le sujet se met à parler de lui-même, et passant insensiblement de la période léthargique à la période de somnambulisme lucide, entre en quelque sorte en vie, et révèle au dehors les divers états de ses régions émotoives. C'est, dit l'auteur, la statue, l'automate qui s'anime et qui parle, et alors suivant les aptitudes naturelles du sujet et la nature de la substance employée, on le voit exprimer des scènes d'une vie imaginaire dont il déroule les diverses péripéties. L'emploi réitéré de la même substance amène toujours la répétition des mêmes phénomènes.

Ces expériences comportent-elles quelques applications thérapeutiques ? M. Luys l'affirme et présente deux cas d'hystérie qu'il a traités avec succès par l'action à distance du bromure de potassium.

Comme toutes les découvertes inattendues, qui ébranlent la science officielle et bouleversent les idées reçues, l'action des médicaments à distance a trouvé des adversaires déterminés et *a priori*. Mais heureusement, cela n'empêche pas les faits d'exister : on ne supprimera ni les expériences de MM. Bourru et Burot, ni celles de M. Luys, et il y aurait quelque puérilité à les considérer comme non avenues. Quant aux théories chargées de les expliquer, elles n'ont, comme toutes les théories, qu'une valeur relative et provisoire : celle de M. Luys n'en est pas moins ingénieuse et pleine d'aperçus psychologiques du plus haut intérêt.

Un atlas de vingt-huit photoglypties, reproduisant les principales attitudes des sujets soumis aux expériences, termine avantageusement ce livre, à la lecture duquel tout esprit curieux trouvera l'attrait du nouveau et de l'inconnu.

**II.** — Nous ne dirons pas du livre de M. le Dr Coste de Lagrave, qu'il vous fait pénétrer dans le domaine de l'inconnu, car il ne contient réellement rien de nouveau sur l'hypnotisme ; mais en revanche il nous conduit, sans nous prévenir, dans celui du merveilleux où l'auteur marche avec une assurance qu'il

nous est impossible d'imiter. Il nous ramène tout doucement à Paracelse, à Pomponace, à Jérôme Cardan, à Van Helmont et à Mesmer lui-même : une sympathie universelle régit le monde intellectuel et moral par l'intermédiaire de l'hypnotisme, et si nous l'en croyons, la lecture des pensées, la prévision, la divination, la suggestion mentale, la transmission des idées dans le sommeil naturel, l'échange de l'influx nerveux entre les personnes qui couchent ensemble et le rétablissement de la santé du plus faible aux dépens du plus fort, l'adaptation réciproque de deux systèmes nerveux dans le mariage, les idées suggérées dans le sommeil naturel, la réaction de l'hypnotisé sur l'hypnotiseur qui finit par subir lui-même les suggestions mauvaises qu'il a données, tout cela et bien d'autres choses encore sont des faits qu'il suffit d'énoncer, presque des axiomes hors de toute discussion.

Peut-être y a-t-il dans cet ordre d'idées quelques observations curieuses à faire, mais nous ne croyons pas que jusqu'ici on soit scientifiquement autorisé à admettre, par exemple, que si une femme meurt quinze jours après son mari, elle succombe à une sorte d'attraction mortelle d'origine hypnotique ; ou que les vols que commettent les femmes enceintes ne sont que le résultat d'une *suggestion inconnue* ; ou encore, qu'il est facile de rendre honnête homme un voleur invétéré. Nous savons même pertinemment que la kleptomanie des femmes enceintes n'a rien à voir avec l'hypnotisme ; et qu'un voleur invétéré — autrement dit un criminel d'habitude — vole parce que c'est sa fonction naturelle, parce qu'il est un dégénéré, un déchet humain, un parasite de la société, et que l'hypnotisme ne pourra pas faire qu'il ne soit tout cela aussi longtemps qu'il sera doué de vie.

On trouvera cependant avec plaisir dans le livre de M. Coste des réflexions judicieuses sur le pouvoir de l'exemple, de l'imitation, de la contagion morale, sur les dangers qui en découlent ; mais est-il bien nécessaire d'en faire des questions d'hypnotisme ; de faire de l'encouragement, de la persuasion, de l'autorité, des émotions qu'on éprouve au théâtre, autant d'influences qui n'agissent qu'hypnotiquement ? Nous croyons quant à nous, qu'à étendre indéfiniment le domaine d'une science aussi mal connue jusqu'ici que l'hypnotisme, cette science ne peut que péricliter ; qu'au contraire, en laissant à l'hypnotisme ce qui est à l'hypnotisme, et à la psychologie et à la morale ce qui leur appartiennent, ces diverses branches des connaissances humaines n'ont rien à perdre et tout à gagner.

III. — Dans ce petit livre, l'auteur veut d'abord prouver qu'il y a en nous deux êtres, l'un conscient, l'autre inconscient, qui bien que faisant partie d'un seul et même individu, n'en ont pas moins une existence indépendante, et qu'il existe entre eux un antagonisme tranché. Pour défendre cette thèse, il procède par affirmations pures et simples et ne cherche à s'appuyer sur aucun principe physiologique ou philosophique.

Les philosophes ont deux manières de comprendre la conscience : les uns la considèrent comme une propriété inhérente à l'âme humaine, les autres comme un simple phénomène surajouté à l'activité cérébrale. L'opinion du Dr Coste ne semblant se rattacher ni à l'une ni à l'autre de ces doctrines, il eût été nécessaire de l'appuyer sur de bonnes raisons, et nous ne pouvons nous contenter, pour croire à la dualité de notre vie intellectuelle, d'exemples aussi peu limpides que celui-ci, par exemple : que notre *être conscient* apprend très vite à lire et à écrire, tandis que notre *être inconscient* n'apprend que lentement et difficilement.

Cette théorie, au reste, n'est que pour nous préparer à comprendre quel rôle prépondérant, universel, joue l'hypnotisme dans la vie, non seulement des hommes, mais des nations. Les fautes contre la morale, les vices, les crimes, selon le Dr Coste, sont le résultat d'influences hypnotiques. Si nos maladies passent à l'état chronique, au lieu de guérir radicalement, c'est par une habitude vicieuse, une *erreur* de notre être inconscient, erreur qu'il faut redresser par des suggestions contraires. Si Napoléon a été un grand homme, c'est grâce à l'*hypnotisme latent* de Joséphine. Si Louis XVI a eu le sort que l'on sait, c'est à l'hypnotisme latent de Marie-Antoinette qu'il l'a dû. Si..... mais ces exemples suffiront sans doute pour convaincre que l'hypnotisme de l'auteur n'a que peu de choses à voir avec celui qu'on étudie dans les cliniques de maladies nerveuses.

Dr A. CULLERRE.

- I. *Les Gynécomastes*; par le Dr Emile Laurent, ancien interne des prisons de la Seine. Thèse de Paris, 1888. — II. *Les dégénérés dans les prisons*; par le même, Broch. in-8° de la *Bibliothèque d'anthropologie criminelle et des sciences pénales*. Paris, 1888. G. Steinheil, édit.

I. Dans sa thèse qui porte ce titre : *Les gynécomastes*, le Dr Laurent a étudié avec beaucoup de soin une malformation assez rare et qui présente un très grand intérêt au point de vue de l'histoire des développements.

Après avoir rappelé, dans un historique conscientieux, le petit nombre de travaux ou plutôt d'indications que l'on trouve épars dans la science, l'auteur distingue, mieux qu'on ne l'avait fait avant lui, certaines affections des mamelles et notamment ce qu'il appelle la mammité douloureuse hypertrophique de la vraie gynécomastie qu'il définit « une anomalie consistant dans le développement exagéré et persistant des mamelles chez l'homme au moment de la puberté avec arrêt de développement des testicules ».

On le voit, cette définition implique une relation constante entre le développement des mamelles et celui des testicules. En effet, dans toutes les observations de ce travail, on note d'une façon générale la petitesse de la verge, un faible volume des testicules qui, dans certains cas, sont « gros à peine comme des œufs de moineau ».

Il y a là, comme le dit l'auteur, « une sorte de loi de balancement entre la mamelle et le testicule, une force compensatrice qui fait que l'une s'hypertrophie, l'autre s'atrophie ». Au point de vue anatomique, les observations du Dr Laurent l'amènent à conclure que tantôt la mamelle anormale est constituée simplement par du tissu adipeux, tantôt par le développement de véritables lobules glandulaires ; dans ce dernier cas, il est possible par la pression de faire écouler par le mamelon, également plus développé, un liquide ayant l'apparence du lait.

Sauf certains cas tout à fait accidentels et dans lesquels le développement des mamelles a été consécutif à une orchite ou à une mutilation des testicules, ces anomalies sont rattachées par l'auteur à un état général lui-même le plus souvent sous la dépendance de l'hérédité, à savoir la dégénérescence. Les gynécomastes devraient même être classés parmi les dégénérés les plus fortement atteints. En effet, souvent ils présentent les

caractères du féminisme ; ils sont inféconds et parfois impuissants. Leurs facultés mentales sont rarement bien développées : presque toujours déséquilibrés, les gynécomastes sont généralement des débiles et ils fournissent un appoint relativement considérable à l'aliénation mentale et à la criminalité.

II. Les études d'anthropologie criminelle semblent d'ailleurs avoir attiré plus particulièrement l'attention du Dr Laurent et sa situation d'interne à l'infirmerie centrale des prisons de Paris lui a permis de recueillir des documents très curieux. Il paraît s'être convaincu que les cerveaux inférieurs sont tout aussi nombreux dans le monde des prisons que parmi les aliénés. Le titre d'une étude parue dans les Archives d'anthropologie criminelle (numéro du 15 novembre 1888) indique parfaitement sa façon de voir. *Les dégénérés dans les prisons* nous présentent un assez grand nombre d'observations dans lesquelles la déchéance mentale est très nette. Alcooliques, héréditaires, débiles, déséquilibrés, imbéciles même, tous ces types sont représentés et l'auteur nous affirme que s'il n'avait pas dû se borner, il aurait pu citer un très grand nombre d'observations ; pour lui, tous ces irréguliers de l'intelligence peupleraient les prisons.

A ce point de vue, il y aurait un parallèle intéressant à faire entre les individus appartenant à ces catégories, dont les uns passent une partie de leur existence dans les prisons et les autres dans les asiles d'aliénés. Le plus souvent, c'est le hasard seul qui détermine le point de départ après lequel l'itinéraire est en quelque sorte fatal. Qu'un pochard ou un débile excité, après avoir commis un délit, déraisonne suffisamment au moment de son arrestation pour être envoyé à Saint-Anne — n'oublions pas qu'il ne s'agit ici que de la région de la Seine, — après sa sortie il peut se livrer à toutes les extravagances, commettre même les actes les plus grossièrement délictueux, il est à peu près certain d'être renvoyé non pas en prison mais encore à l'asile. Au contraire, qu'au moment de sa première arrestation on ne le considère pas comme aliéné, et les séjours en prison se répéteront avec chaque nouveau délit. Tous ceux qui ont vécu longtemps dans les asiles d'aliénés pourraient citer des faits de ce genre. Nous avons gardé entre autres le souvenir d'un homme, d'un débile manifestement délirant qui a subi neuf ou dix condamnations toujours pour le même motif : vol de lapins accompli dans des circonstances identiques. Jamais il n'avait été considéré comme aliéné avant le jour où se voyant trompé dans son espoir d'être envoyé à la Nouvelle-

Calédonie, il entra dans un accès de fureur au cours duquel il brisa tous les objets qui se trouvaient dans sa cellule à Mazas, déchira ses vêtements, etc. On le dirigea alors sur Saint-Anne, puis sur l'asile de Villejuif, dans le service de M. Vallon, où nous l'avons observé.

De ce parallèle découleraient des conclusions d'une grande portée : mais ce n'est pas le lieu d'y insister plus longuement. Revenons au travail du Dr Laurent. Il indique aussi les conséquences sociales des faits qu'il a étudiés, et à ce propos, il rappelle les travaux des anthropologistes contemporains, notamment de Lombroso et de son école, et la conception nouvelle de la responsabilité qu'ils imposent de plus en plus. Modestement il se refuse à tirer des conclusions de ces faits, se bornant à réclamer une extension du rôle des médecins devant les tribunaux et dans les prisons.

Dr. L.-F. ARNAUD.

---

I. — *Insanity its treatment and prevention.* (De la folie. Traitement et prophylaxie) ; par le Dr J. A. Campbell, médecin directeur de l'asile de Carlisle, 1880.

II. — *On three cases of recovery after a lengthened duration of insanity with remarks.* (Réflexions à propos de trois cas de folie ancienne terminés par la guérison) ; par le même, 1888.

I. — Dans cet élégant discours présidentiel, le Dr Campbell a résumé en 1880, devant ses collègues de la *Bristish medical association*, l'état de la science psychiatrique au point de vue du traitement et de la prophylaxie.

Après une récapitulation rapide des conquêtes de la science, antérieures à notre époque, l'auteur fait ressortir le côté vraiment pratique de ses tendances actuelles : étude plus attentive des symptômes somatiques de la folie, recherche des causes physiques, désormais considérées comme causes prédominantes ; soins apportés à la rédaction des observations ; emploi plus fréquent des instruments de précision dans l'examen des malades ; pratique des autopsies devenue générale ; progrès de la thérapeutique des maladies mentales ; admission plus précoce des aliénés dans les asiles, d'où résulte une guérison plus prompte et plus certaine ; emploi plus libéral des travaux extérieurs comme moyen de traitement, surtout pour les femmes ; dimi-

nution du préjugé relatif à la *séclusion* et au *restraint*, qu'on n'hésite plus à employer dans les cas où cela est nécessaire; évidence de plus en plus claire pour tous, que le personnel de surveillance des asiles est trop peu nombreux et trop peu instruit et que l'amélioration des services à ce point de vue n'est qu'une question budgétaire; diffusion plus grande de la science psychiatrique, enseignée couramment dans toutes les écoles médicales, etc... L'auteur énumère ensuite les progrès apportés à l'installation et à l'aménagement intérieur des asiles et fait observer que si l'on doit s'efforcer de leur donner un aspect riant, d'y installer la propreté, l'ordre, la discipline, le confort, il serait ridicule d'y introduire le luxe et la magnificence : les visiteurs seraient frappés d'étonnement et d'admiration, mais les malades n'en tireraient aucun profit.

Au point de vue thérapeutique, poursuit le Dr Campbell, moins que jamais on cherche à juguler la folie; on s'adresse d'abord à l'état physique dont le rétablissement est bientôt suivi du retour de la raison.

En fait de médicaments nervins, il vante surtout le chloral dans l'excitation maniaque et le bromure de potassium dans l'épilepsie. L'idéal à poursuivre serait d'arrêter les progrès de la démence chez les chroniques, d'avoir un remède qui galvanisât leurs facultés endormies, mais il n'est pas encore trouvé. Les médications nouvelles préconisées de l'autre côté du détroit (Italie, France), la lumière colorée, la métalloscopie, lui paraissent sans valeur; pour l'hystérie notamment, il ne semble admettre que le traitement moral.

Après cet exposé, le Dr Campbell passe à la prophylaxie de la folie, sur laquelle il fonde des espérances d'autant plus grandes qu'aujourd'hui les origines presque exclusivement physiques de cette maladie lui semblent prouvées. Sur 13,309 aliénés admis en 1878 dans les asiles anglais, 6,418, soit 48 p. 100, devaient leur maladie à des causes telles que alcoolisme, excès sexuels, maladies vénériennes; et ces causes ne sont pas les seules.

Or, une bonne législation pourrait notamment restreindre les ravages de l'alcoolisme; une bonne éducation pourrait prévenir chez les enfants et les jeunes gens des deux sexes les habitudes si pernicieuses d'onanisme; une plus grande circonspection apportée dans les unions pourrait empêcher la propagation de la prédisposition à la folie. Ne sait-on pas que les prédisposés se recherchent instinctivement pour s'allier entre eux? L'intervention médicale pourrait empêcher ces unions; elle

pourrait aussi notablement restreindre les cas de folie puerpérale, si les maris voulaient en tenir compte. Enfin en ne pratiquant les rapports sexuels que dans de bonnes conditions physiques et morales, en épargnant aux femmes enceintes les chocs nerveux, les émotions trop vives, on supprimerait encore bon nombre d'idiots, d'imbéciles et de dégénérés.

Tout n'est donc pas utopie dans la prophylaxie des maladies mentales.

**II.** — Ce mémoire, extrait du numéro de juillet 1888 de *The american journal of Insanity*, contient trois observations intéressantes. La première a trait à une femme de trente-cinq ans, héréditaire, admise en 1867 pour une manie rémittente avec exacerbations périodiques aux époques menstruelles. Le 17 juin 1884, elle sortait complètement guérie après dix-sept ans de séjour à l'asile.

La seconde concerne un homme de trente-trois ans, héréditaire, tuberculeux, admis en 1868, qui présentait un délire mélancolique avec illusions et idées systématisées (il se croyait l'auteur d'un incendie qui avait eu un certain retentissement) et qui éprouvait une rémission à chaque nouvelle poussée tuberculeuse. Il sortit guéri le 17 mars 1887, après un séjour de dix-neuf ans à l'asile.

Dans la troisième enfin, il s'agit d'une femme de cinquante et un ans, admise en 1870, mélancolique, hallucinée, persécutée avec illusions génitales et impulsions au suicide, sortie guérie au bout de quatorze ans, le 8 septembre 1884, et n'ayant depuis manifesté aucun trouble intellectuel.

Le Dr Campbell, à propos de ces trois guérisons tardives, émet l'avis que les petits asiles donnent, au point de vue du traitement, de bien meilleurs résultats que les grands, les soins y étant plus individuels et l'attention du médecin et de ses préposés pouvant se porter plus facilement sur chaque malade en particulier. Il ajoute encore que le séjour indéfini des chroniques dans le milieu de l'asile n'est pas favorable à leur rétablissement. Il a remarqué que le simple transfèrement de ces malades d'un établissement dans un autre produisait une amélioration marquée dans leur état mental. Aussi n'hésiterait-il pas à conseiller de changer souvent de maison de santé les malades dont la guérison se fait trop attendre.

En terminant, il fait observer combien la connaissance de cas bien avérés de guérisons tardives est encourageante et ré-

confortante pour le médecin ; aussi engage-t-il ses confrères à publier ceux dont il peuvent être témoins.

D<sup>r</sup> A. CULLERRE.

### BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Impulsions, amnésies, responsabilité chez les aliénés. Observations prises à l'asile Sainte-Anne (service de M. Magnan) ; par le D<sup>r</sup> Edm. Blaise, ancien interne des asiles de la Seine. Thèse de Paris, 1887. Broch. in-8° de 96 pages.

— Psychopathia sexualis mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindung. Eine Klinisch-forensische Studie. (Psychopathie sexuelle avec considérations particulières sur le sentiment sexuel interverti. Etude clinico-légale) ; par le D<sup>r</sup> R. de Krafft-Ebing, professeur de psychiatrie et des maladies nerveuses à l'Université de Graz. 3<sup>e</sup> édit. augmentée et améliorée. 1 vol. in-8° de 177 pages. Stuttgart, 1888. Ferdinand Enke, édit.

— Die traumatischen Neurosen nach den in der Nervenklinik der Charité in der letzten 5 Jahren gesammelten Beobachtungen bearbeitet une dargestellt. (Les névroses traumatiques décrites d'après les observations recueillies à la clinique nerveuse de la Charité dans les cinq dernières années) ; par le D<sup>r</sup> H. Oppenheim, docent à l'Université. 1 vol. in-8° de 146 pages. Berlin, 1889. Aug. Hirschwald, édit.

— Clinical observations ou epileptic insanity (Observations cliniques de folie épileptique). Thèse de doctorat en médecine présentée à l'Université de Glasgow, par David Finlay, médecin-assistant à l'asile Clamorgan County, Bridgend, Wales. 1 vol. in-8° cart. de 106 pages. Glasgow, 1888.

— Les névroses et le pessimisme. Conférence faite au palais des Facultés de Clermont-Ferrand le 4 mars 1886, par le D<sup>r</sup> Albert Deschamps, médecin adjoint de l'hôpital de Riom. Broch. in-18 de 37 pages. Paris, 1888. O. Doin, édit.

— Report of the board of trustees of the eastern Michigan asylum, at Pontiac, for the biennal period ending June 30, 1888. (Rapport du conseil des administrateurs de l'asile du Michigan oriental, à Pontiac, pour la période biennale finissant le 30 juin 1888). 1 vol. in-8° de 118 pages avec planches, Lansing, 1888.

---



---

## ASSOCIATION MUTUELLE DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

---

**ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 13 MAI 1889**

Présidence de M. BAILLARGER

L'assemblée générale de l'Association mutuelle des médecins aliénistes de France s'est tenue, le 13 mai 1889, à trois heures, au domicile du président, M. Baillarger, 8, rue de l'Université, qui a présidé la réunion.

M. Christian fait un rapport verbal au nom d'une commission, composée de MM. Christian et Falret, sur les comptes du trésorier et déclare, qu'après examen, les comptes ont été trouvés exacts, et les pièces à l'appui, régulièrement établies.

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

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

Messieurs,

Notre association compte aujourd'hui, vingt-quatre ans d'existence et cent cinquante-un membres : elle a distribué depuis sa fondation plus de 105,000 francs de secours ; il nous paraît utile d'évoquer devant vous de tels résultats, ils sont la meilleure récompense des fondateurs de notre œuvre, encore vivants ; étant mieux connus, ces résultats pourront en outre stimuler le zèle de nos jeunes confrères, qui ont négligé jusqu'à ce jour de nous prêter leur concours ; nous accomplissons un devoir en faisant appel à la bonne volonté de tous, et en vous priant, messieurs, de nous aider à recueillir de nouvelles adhésions parmi les médecins aliénistes.

La mort a frappé cette année deux confrères dont nous déplorons avec vous la perte :

Le professeur Cavalier, membre fondateur ; et Longeaud, sociétaire depuis 1882.

Le nom de Cavalier est connu de vous ; sa carrière s'est écoulée à Montpellier, où il était né en 1820 ; il a rempli, avec beaucoup de zèle et de talent, deux fonctions auxquelles il a consacré la majeure partie de son temps : médecin du service des aliénés et professeur à la faculté de médecine. Il débute en

## 164 ASSOCIATION MUTUELLE DES MÉDECINS ALIÉNISTES

1848 comme interne, devient médecin adjoint en 1852, et médecin en chef en 1853, de l'asile d'aliénés du département de l'Hérault; pendant quarante années consécutives, Cavalier se dévoue à améliorer le sort des aliénés confiés à ses soins et à assurer leur traitement. A la faculté de médecine, Cavalier recueille des succès et des honneurs mérités; d'abord agrégé, il est nommé, en 1869, professeur de pathologie et de thérapeutique générales, titre qu'il échange, en 1880, contre celui de professeur de pathologie mentale, après avoir donné durant trente ans, un enseignement bénévole très suivi sur l'aliénation mentale.

Dans sa chaire de pathologie générale, Cavalier a fait preuve de qualités éminentes, il s'est montré le digne continuateur des grands maîtres qui ont porté très haut la gloire de l'Ecole de Montpellier. Au moment où Cavalier professait, la philosophie médicale de Montpellier avait de la peine à se faire écouter, l'organicisme était triomphant, les circonstances ne se trouvaient plus aussi favorables que sous ses prédecesseurs, il n'est donc pas étonnant que son enseignement n'ait pas eu au loin tout le retentissement que son talent eût obtenu à une autre époque.

Cavalier a soutenu devant ses élèves, par la plume et par la parole, la thèse de la spécificité en médecine; ses idées diffèrent notamment des opinions généralement acceptées au moment présent; il serait injuste de l'accuser d'avoir ignoré des découvertes que le génie d'un Pasteur pouvait seul tirer de son propre fonds il a dû, sans y songer certainement, préparer certains esprits à accueillir une doctrine, qui n'aurait jamais vu le jour sous la forme actuelle à Montpellier.

Si la spécificité en médecine a attiré Cavalier, il n'a pas négligé pour cela les maladies nerveuses et mentales; il s'en est occupé dans ses cours avec ses tendances personnelles et l'autorité qu'il possédait. Cavalier a publié une thèse très remarquée sur la fureur épileptique et de nombreux rapports médico légaux, destinés à éclairer la justice et à résoudre des points souvent obscurs de responsabilité pénale.

Cavalier a porté plus particulièrement son attention sur le régime et le traitement des aliénés; il s'est proposé d'améliorer leur sort et de supprimer dans la plus large mesure possible tous les modes de contrainte usités à l'égard des fous impulsifs et dangereux: tous ceux qui ont connu Cavalier proclament combien ont été grands et persévérateurs ses efforts dans cet ordre d'idées.

Longeaud nous a été enlevé prématurément, avant d'avoir pu donner toute la mesure de ses facultés: il a passé quelques années seulement au milieu de nous. Dépourvu de fortune, il a trouvé l'appui généreux de notre collègue, M. Semelaigne, pour

## ASSOCIATION MUTUELLE DES MÉDECINS ALIÉNISTES 165

lui aider à supporter les épreuves toujours difficiles de l'étude de la médecine ; il a été médecin adjoint de l'asile de Mont-de-Vergue, et directeur-médecin en chef de l'asile de Rodez.

Au 31 mai 1889, le nombre des membres de la société s'élève à 151.

Comprenant : membres fondateurs . . . . .	84
— sociétaires . . . . .	64
— honoraires. . . . .	3
Total . . . . .	<u>151</u>

Les asiles souscripteurs sont au nombre de 31, l'asile de Cadillac a retiré sa souscription ; l'asile de la Charité s'est inscrit pour une subvention de 100 francs.

M. le Dr Chaussinand, sociétaire depuis 1883, devient fondateur en 1888.

Trois de nos confrères ont demandé leur admission ; nous les remercions sincèrement de leur concours ;

Ce sont :

M. Nicouleau, médecin à l'asile de Saint-Yon, Seine-Inférieure.

M. Vernet, médecin de l'asile Saint-Luc, à Pau ;

M. Brusque, médecin de l'asile de Vaucluse, Epinay-sur-Orge, Seine-et-Oise.

Les recettes pour l'année 1888 s'élevaient, au 31 décembre, au chiffre de 11.546 fr. 09.

Elles sont réparties de la manière suivante :

Cotisations. . . . .	3.850	"
Souscriptions des asiles . . . . .	2.847	85
Subvention ministérielle . . . . .	1.500	"
Intérêts des capitaux placés. . . . .	3.328	14
Intérêt du dépôt au Crédit foncier. . . . .	20	10
	<u>11.546</u>	<u>09</u>

Les dépenses de 1888 s'élèvent à la somme de 10.547 fr. 45.

Savoir :

1° A la veuve d'un ancien fonctionnaire ne faisant pas partie de l'association. . . . .	800	"
2° A trois veuves d'anciens fonctionnaires d'asiles. . . . .	600	"
3° A huit veuves de membres de l'association. . . . .	4.700	"
4° Au fils d'un ancien sociétaire. . . . .	800	"
5° A la femme d'un sociétaire malade . . . . .	800	"
6° Frais d'administration . . . . .	83	30
7° Achat de 100 francs rente 3 0/0. . . . .	2.764	15
Total . . . . .	<u>10.547</u>	<u>45</u>

## 166 ASSOCIATION MUTUELLE DES MÉDECINS ALIÉNISTES

Il résulte de ces chiffres :

1<sup>o</sup> Un excédent de recette de . . . . . 998 fr. 64 qui joint à la réserve des années précédentes forme un total de . . . . . 5.050 fr. 27 déposés au Crédit foncier et permettant la distribution des secours et le fonctionnement de l'œuvre sans attendre les rentrées qui ne se font souvent qu'en fin d'année.

Dans la séance du 28 janvier 1889, le conseil a alloué sur cet exercice les secours suivants :

A sept veuves et à un fils de membres sociétaires fondateurs ou sociétaires. . . . .	2.200 fr.
A la femme d'un ancien médecin d'asile, malade et sociétaire. . . . .	400 »
	<u>2.600 »</u>

Le solde disponible se trouve être de . . . . . 14.158 fr. sur lequel le conseil a décidé de vous proposer la continuation d'un secours que, depuis sa fondation, l'Association accorde à la veuve d'un médecin attaché au service des aliénés et non sociétaire et la faculté d'augmenter de 200 francs ce secours de 600 francs si, durant l'année, le conseil le juge urgent et possible, soit . . . . . 800 fr.

2<sup>o</sup> Un secours de . . . . . 600 » à répartir entre trois veuves d'anciens internes d'asiles.

3<sup>o</sup> A ratifier le secours de . . . . . 100 » que le conseil a accordé une fois pour toutes à la veuve d'un ancien médecin d'asile, sociétaire.

Ces différentes sommes versées laissent encore un solde disponible de . . . . . 12.658 fr. sur lequel il y aura à prélever . . . . . 3.700 fr. suivant les prévisions de ce jour pour les nécessités du 2<sup>e</sup> semestre.

Il n'y aura, en effet, à ce jour en caisse, après la distribution des secours que vous allez voter, qu'une somme de 1.063 fr. en avance pour subvenir aux nécessités qui peuvent se présenter.

2<sup>o</sup> La distribution de 7.700 francs porte à 105.361 francs, la somme distribuée jusqu'à ce jour en secours depuis la fondation.

3<sup>o</sup> Le nouveau placement de fonds porte le capital acquis, calculé au prix d'achat, au chiffre de 81.349 fr. 10, comprenant les valeurs suivantes :

1.565 francs de rente 4 1/2 0/0.

1.200 francs de rente 3 0/0.

625 fr. 60 de 43 obligations du Midi.

## ASSOCIATION MUTUELLE DES MÉDECINS ALIÉNISTES 167

Il faut ajouter à ces valeurs, et pour mention seulement, les sommes suivantes à toucher ultérieurement et léguées :

10.000 francs, par M. Foville.  
2.500 francs, par M<sup>me</sup> Billod.

Les prévisions budgétaires pour l'année 1889 sont établies de la façon suivante :

En caisse au 31 décembre . . . . .	5.058	27
Cotisations . . . . .	3.850	"
Souscriptions d'asiles . . . . .	2.850	"
Subvention ministérielle . . . . .	1.500	"
Intérêts des capitaux . . . . .	3.500	"
	<hr/>	
	16.758	27

Il resterait une somme de 8.958 francs pour les éventualités nouvelles, sur laquelle, en vertu de l'article 16 des statuts, le placement annuel doit être prélevé et une somme réservée pour le fonctionnement de l'œuvre pendant le premier trimestre de 1890.

Telle est la situation financière de notre œuvre, grâce au concours si actif de M. Mitivié, trésorier.

L'assemblée adopte toutes les propositions soumises à son vote.

MM. Baillarger, Constans, Christian, Mitivié, Napias, membres sortants, sont réélus pour trois ans membres du conseil; le bureau est ainsi composé pour 1889 :

Président, M. BAILLARGER.  
Vice-Président, M. BLANCHE.  
Trésorier, M. MITIVIÉ.  
Secrétaire, M. BOUCHEREAU.

La séance est levée à quatre heures.

BOUCHEREAU.

## VARIÉTÉS

### NOMINATIONS ET PROMOTIONS

— *Arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en date du 4 mai 1889 :* Sont nommés officiers d'Académie, MM. les D<sup>r</sup>s LEMOINE (Georges-Henri), agrégé près la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Bailleul et MAIRET (Albert-Jean-Jules), professeur de clinique des maladies mentales à la faculté de médecine de Montpellier.

— *Arrêté du ministre de l'agriculture en date du 4 mai 1889 :* Sont nommés chevaliers du Mérite agricole : MM. RENAUDIN (Louis), jardinier-chef à l'asile de Clermont (Oise), membre de la Société d'horticulture de Clermont : nombreuses récompenses ; et CAUX (François-Arsène), économe de l'asile Saint-Yon, à Saint-Etienne-du-Rouvray (Seine-Inférieure) ; mise en culture de terres incultes, lauréat dans les concours, auteur de nombreuses publications agricoles ; vingt-huit ans de service.

— *Arrêté du 6 avril 1889 :* M. le D<sup>r</sup> GALLOPAIN, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Pierrefeu (Var), est nommé directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Fains (Meuse), et maintenu à la 3<sup>e</sup> classe de son grade (5,000 fr.) ;

M. le D<sup>r</sup> SAMUEL GARNIER, directeur-médecin de l'asile de la Charité (Nièvre), est nommé directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Dijon, et maintenu à la 3<sup>e</sup> classe de son grade (5,000 fr.) ;

M. le D<sup>r</sup> FAUCHER, directeur-médecin de l'asile de Naugeat (Haute-Vienne), est nommé directeur-médecin de l'asile de la Charité, et maintenu dans la classe exceptionnelle de son grade (8,000 fr.) ;

M. le D<sup>r</sup> DOURSOUT, directeur-médecin de l'asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais), est nommé directeur-médecin de l'asile de Naugeat, et maintenu à la 3<sup>e</sup> classe de son grade (5,000 fr.).

— *Arrêté du 9 avril 1889 :* M. le D<sup>r</sup> PATÉ, directeur de l'asile de Ville-Evrard, est nommé directeur de l'asile de Pierrefeu (place créée), et maintenu à la 3<sup>e</sup> classe de son grade (5,000 fr.) ;

M. BALET, est nommé directeur de l'asile de Ville-Evrard, et placé dans la 3<sup>e</sup> classe de son grade (5,000 fr.).

— *Arrêté du 17 avril 1889* : M. le Dr JULES SIZARET, interne à l'asile public de Maréville, admis au concours de l'adjuvat du 26 décembre 1888 à Nancy, est nommé médecin adjoint de l'asile de Châlons-sur-Marne, et placé dans la 3<sup>e</sup> classe de son grade (2,500 fr.).

— *Arrêté du 24 avril 1889* : M. le Dr GERMAIN CORTYL, directeur-médecin de l'asile d'Alençon (Orne), est nommé médecin directeur de l'asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais), et maintenu dans la 2<sup>e</sup> classe de son grade (6,000 fr.);

M. le Dr PARIS, médecin adjoint de l'asile de Châlons-sur-Marne, est nommé directeur-médecin de l'asile d'Alençon, et placé dans la 3<sup>e</sup> classe de son grade (5,000 fr.).

— *Arrêté du 5 juin 1889* : M. le Dr HOMERY, directeur-médecin de l'asile de Quimper (Finistère), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (8,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1<sup>er</sup> juin 1889.

#### CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE MENTALE

Lorsque paraîtra ce numéro des *Annales*, quelques semaines seulement nous sépareront du jour de l'ouverture du Congrès international de médecine mentale, qui se tiendra dans une des salles du Collège de France, mise obligamment à notre disposition par M. le ministre de l'instruction publique et par M. Renan, administrateur de cet établissement. Cet empressement à nous être utile, que nous avons trouvé partout, nous semble d'un excellent augure pour le succès de l'œuvre entreprise par la Société médico-psychologique(1). Déjà d'ailleurs, les adhérents, tant de la France que de l'étranger, sont nombreux ; et de nouveaux viendront sans doute encore s'inscrire à la suite de ceux qui ont voulu être les premiers sur la liste des adhésions. Il est important que tous les asiles d'aliénés de notre pays soient représentés dans cette réunion exceptionnelle ; il est bon, dans l'intérêt de la science et de la bonne confraternité médicale, que tous les médecins aliénistes saisissent cette oc-

---

(1) Lors de l'Exposition de 1878, le ministère de l'intérieur a envoyé aux préfets une circulaire les priant de vouloir bien saisir les Conseils généraux d'une demande de crédit sur le budget du département ou de l'asile, afin de faciliter aux directeurs et aux médecins des établissements d'aliénés le moyen de se rendre au Congrès de médecine mentale. La même mesure a été prise cette année et, au nom de nos collègues de province, nous en remercions le ministère de l'Intérieur et, en particulier, M. Bourneville, médecin de Bicêtre, député, qui, avec son obligeance accoutumée, s'est entremis en cette circonstance auprès de l'administration supérieure.

casion — trop rare à notre avis — qui leur permettra de se connaître, d'échanger leurs vues, d'émettre leurs idées sur les questions qu'ils ont spécialement élucidées, et de soulever par suite des discussions d'où pourra sortir la lumière (1).

Les communications ne manqueront pas ; on peut dire dès maintenant, que les séances du Congrès seront bien remplies. Le nombre et la variété des sujets traités prouvent que l'activité scientifique ne s'est pas ralentie dans notre spécialité ; il suffira de parcourir la liste suivante des mémoires annoncés, pour s'en convaincre.

Les questions de pathologie mentale tiennent nécessairement la première place ; citons les travaux suivants : *Note sur les troubles de la mémoire dans l'intoxication par l'oxyde de carbone*, par M. Marcel Briand ; *De l'origine psycho-motrice du délire*, par M. Cotard ; *Les troubles de la conscience dans les maladies mentales* ; par M. Orchansky ; *Sur une forme particulière de maladie combinée avec la névrite multiple dégénérative*, par M. Korsakoff (de Moscou) ; *Note sur les folies multiples*, par M. Saury ; *Du dédoublement de la personnalité*, par M. Séglas ; *Des folies pénitentiaires*, par M. Semal (de Mons). Puis viennent la paralysie générale et les autres maladies organiques du cerveau, Brunet : *De la spécificité de la paralysie générale (péricérébrite)* ; Christian, *Syphilis et paralysie générale* ; Ladame (de Genève), *Érythropsie (vue rouge) dans la paralysie générale* ; Lemoine (Georges), *Etiologie de la paralysie générale* ; Mabille, *Note sur les méningo-encéphalites secondaires de la syphilis cérébrale*. — Les névroses, telles que l'épilepsie, l'hystérie, etc. : Mabille, *La sclérose du poumon chez les épileptiques* ; Tissié, *Le captivé*, etc. — Le traitement des maladies mentales et l'assistance des aliénés : Ladame, *Inversion sexuelle chez un dégénéré traité par la suggestion hypnotique* ; Lemoine (Georges), *De l'hyoscamine et de l'hyocine comme hypnotiques* ; Taguet, *De la création d'annexes agricoles aux asiles de traitement*, etc. Pour la médecine légale, citons un travail de M. Duquet (Canada), sur *la simulation de la folie*, etc. Nous ne pouvons donner ici qu'un programme incomplet des séances du Congrès ; d'autres mémoires sont encore annoncés sur les sujets les plus divers.

Nos lecteurs se rappellent sans doute, qu'à plusieurs reprises, les *Annales* se sont occupées d'un projet de Congrès annuel des

---

(1) Nous prions instamment nos confrères de la province et de l'étranger qui se proposent d'assister au Congrès d'envoyer, dans le plus bref délai possible, leur adhésion à M. le Dr Ant. Ritti, médecin de la maison nationale de Charenton, à Saint-Maurice (Seine).

médecins aliénistes de France. M. Georges Lemoine, qui en a eu l'initiative, se propose de soumettre la question au Congrès international. Nous sommes convaincu que satisfaction sera donnée au plus cher désir de notre collaborateur. Comme, dans son mémoire, il aura prévu toutes les objections, il n'aura pas de peine à faire adopter les propositions nettes, précises et surtout pratiques, qu'il soumettra au vote de ses confrères. Il y a donc tout lieu d'espérer que le premier Congrès annuel des médecins aliénistes de France se réunira en 1890.

Les séances les plus intéressantes du Congrès international de médecine devront être celles où seront discutées les questions proposées par le comité d'organisation. Nous avions promis de publier dans ce numéro les rapports sur ces questions; nous regrettons qu'ils n'aient pu être prêts à temps — deux d'entre eux du moins. De nombreux adhérents au Congrès réclament ces rapports; il faut espérer que satisfaction pourra leur être donnée prochainement. Ces rapports, en effet, doivent servir de guide pour la discussion; nos collègues désiraient en prendre connaissance avant de se faire inscrire. Quoi qu'il en soit, espérons que les orateurs ne manqueront pas, qui viendront apporter les résultats de leur observation personnelle. Déjà M. Lemoine s'est fait inscrire pour prendre la parole sur la question de législation (*Législation comparée sur le placement des aliénés dans les établissements spéciaux, publics et privés*); il traitera du *Placement des aliénés, dans le département du Nord*. A propos de la question de médecine légale (*De la responsabilité des alcoolisés*), M. Taguet parlera *De l'ivrognerie dans le Morbihan, ses manifestations et sa criminalité*. Il appartient, surtout à nos collègues étrangers, de prendre la parole sur ces deux questions de médecine légale et de législation; nous serions tout particulièrement heureux d'entendre leur opinion autorisée, sur le mécanisme du placement des aliénés dans leurs pays respectifs, et de connaître leur sentiment sur la responsabilité des alcoolisés. Des communications telles que celles de M. le Dr Crothers, de Hartford, aux États-Unis (*Automatisme alcoolique dans les cas criminels*), et de M. le Dr Bourque, professeur de clinique des maladies mentales à Montréal (*Législation concernant les asiles d'aliénés dans la province de Québec-Canada*) seront écoutées avec le plus vif intérêt.

Si par le choix de ces deux importantes questions, le comité d'organisation justifie le titre de *Congrès international* donné à cette réunion scientifique, nous sommes sûrs, dès maintenant, qu'elle le méritera aussi par le nombre des médecins aliénistes qui viendront de tous les pays pour prendre part aux travaux de ses séances.

Un mot pour finir. La Société de médecine mentale de Bel-

gique a, par une lettre officielle adressée à la Société médico-psychologique, exprimé le désir de voir la question de la classification des maladies mentales, mise à l'ordre du jour d'une des séances du Congrès. Il nous semble que la simple courtoisie internationale nous fait un devoir de réaliser le vœu de nos confrères belges. Nous sommes convaincu qu'en se faisant de part et d'autre des concessions, en ne se retranchant pas derrière une sorte d'intransigeance scientifique qui ne sied guère dans une question d'ordre purement pratique, on finira par s'entendre et voter une classification à bases suffisamment larges pour l'édition d'une bonne statistique des maladies mentales.

A. R.

**LA QUESTION DES ASILES SPÉCIAUX POUR LES ALIÉNÉS DITS CRIMINELS, A L'ACADEMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.**

L'Académie de médecine de Belgique a reçu, dans sa séance du 30 mars 1889, communication de la lettre suivante de M. le ministre de la justice :

« Monsieur le Président,

« La création d'un asile spécial pour les aliénés dits *criminels* est réclamée au nom de la science médicale. Un vœu semblable est exprimé par tous ceux qui, en dehors du domaine de la médecine, se préoccupent des garanties dues à la sécurité publique, partout où elle peut se trouver menacée.

« Ces garanties, on doit le reconnaître, imposent, de la part de l'autorité, une intervention active que les conditions dans lesquelles la collocation des aliénés dangereux a lieu, actuellement, ne comportent pas.

« Ceux qui se font les organes de la science médicale demandent que les aliénés, dont la folie s'est déclarée après qu'une vie de désordres et de violences leur avait valu la flétrissure d'une condamnation, ne soient plus réunis, dans le même asile à des aliénés pour qui leur voisinage est un contact pénible et préjudiciable. Ils insistent sur l'influence pernicieuse que les habitudes dépravées, les instincts de révolte et le langage de ces repris de justice exercent sur l'état mental des aliénés dont leur présence compromet la guérison ou trouble le traitement.

« Ceux qui revendent les garanties dues à la sécurité publique demandent que tous les aliénés dangereux, sans distinction, soient placés sous la garde de l'autorité et que le gouvernement soit mis à même d'assurer, dans un asile à lui, leur séquestration. Les médecins réclament un asile séparé pour les aliénés dont la démence a éclaté dans la prison où ils subis-

saient leur peine. Ils semblent admettre que ce même asile reçoive aussi les aliénés dont l'état mental a motivé la suspension ou l'abandon des poursuites commencées contre eux. Aux catégories des malades qu'ils veulent isoler des autres, des raisons inverses paraissent exiger qu'on ajoute celle des alcooliques. Et l'intérêt qu'il y a, suivant certains médecins, à séparer des autres aliénés, les aliénés dits *criminels*, va jusqu'à exclure la proximité de l'asile destiné à l'internement de ceux-ci.

« On se demande, en présence de ces considérations diverses, quelles sont les dispositions législatives et administratives qui réaliseraient les garanties dues à la sécurité publique, en répondant le mieux, dans la mesure du possible, aux prescriptions de la science médicale.

« Un asile unique, dont les installations se prêteraient d'ailleurs à tous les classements conseillés par la science médicale ou réclamés par les convenances sociales, ne pourrait-il pas, sans inconvénients sérieux, être affecté à la séquestration de tous les aliénés dangereux indistinctement?

« Conviendrait-il d'interner, dans ce même asile, les aliénés, sans tendances dangereuses, qui se trouveraient sous le coup d'une condamnation ou auraient été relaxés comme irresponsables?

« Si le régime réclamé pour les aliénés dits *criminels* doit s'étendre à tous les aliénés dangereux, à l'aide de quelle définition scientifique ceux-ci pourraient-ils être désignés dans un texte législatif? Cette définition comprendrait-elle la démence qui se manifeste par des outrages aux mœurs ou des attentats à la pudeur?

« A quels faits prévus par la loi pénale faut-il que des poursuites se rapportent pour que le malade qui en a été l'objet, avant de tomber en démence, ou qui a été renvoyé comme irresponsable et qui n'est pas dangereux, doive être rangé parmi les aliénés dits *criminels*?

« L'intérêt qui s'attache, dans le traitement des aliénés, à la continuation des rapports de famille entre le malade et les siens, existe-t-il au même degré, pour les aliénés dangereux que pour les autres?

« Je serais heureux de connaître, sur toutes ces questions, l'avis de l'Académie de médecine, et je vous serai bien reconnaissant de bien vouloir lui proposer d'en délibérer.

« Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma haute considération.

« *Le ministre de la Justice, JULES LE JEUNE.* »

L'Académie de médecine a procédé en comité secret, à la nomination d'une Commission de trois membres, chargée de lui

présenter un rapport sur la question des asiles spéciaux pour le traitement des aliénés dits *criminels*, soulevée dans la lettre du ministre de la justice. Cette Commission est composée de MM. Lefebvre et Masoin, membres titulaires, et M. Semal, correspondant.

Dans la séance du 25 mai 1889, M. Semal, rapporteur, a donné, en comité secret, lecture de son rapport. Nous reproduisons textuellement cet important document :

« Messieurs, dans votre séance du mois de mars dernier, vous avez renvoyé à une Commission, composée de MM. Lefebvre, Masoin et Semal, la dépêche de M. le ministre de la justice, relativement aux aliénés dits *criminels*.

Votre Commission, pénétrée de l'importance des points scientifiques que comporte le sujet, est d'avis qu'il importe d'avoir à cet égard l'opinion, non seulement des membres titulaires et honoraires, mais aussi celle des membres correspondants, qui ont fait une étude spéciale des questions se rattachant à la psychiatrie.

En conséquence, elle vous propose de discuter en séance publique les conclusions qu'elle a adoptées à l'unanimité de ses membres et que je vais avoir l'honneur de vous faire connaître, me réservant de développer plus tard les considérations sur lesquelles elles sont basées.

Voici ces conclusions :

1<sup>o</sup> La création d'un *asile central* pour *aliénés dits criminels*, et *dont les installations se préteraien t à tous les classements conseillés par la science médicale ou réclamés par les convenances et la sécurité publique*, constitue un progrès scientifique et social, que l'Académie sera heureuse de voir réaliser par le gouvernement; mais elle croit inutile de persister dans une appellation comportant une flétrissure qui ne peut s'appliquer à des malades.

2<sup>o</sup> Elle n'estime cependant pas que les individus susceptibles du placement dans l'asile spécial puissent être rangés, comme l'indique la lettre ministérielle, sous la rubrique vague et indécise d'*aliénés dangereux*, ni que le fait d'être sous le coup d'une poursuite judiciaire soit suffisante à justifier cette menace, tout en convenant que la flétrissure d'une condamnation est une considération d'ordre moral à respecter selon l'occurrence.

3<sup>o</sup> Il convient de consacrer particulièrement l'institution nouvelle aux aliénés prévenus, accusés ou condamnés du chef d'atteinte grave à la sécurité des personnes ou à la moralité publique, tels que ceux qui ont commis un homicide, un viol, etc.

4<sup>o</sup> Mais comme c'est moins l'acte que les tendances qui constituent le danger permanent, il y a lieu de colloquer aussi dans l'asile spécial *tout aliéné* chez lequel un examen aura ré-

vélé des *instincts homicides, des impulsions irrésistibles et violentes, des mœurs ou des habitudes perverses*, qui justifieraient l'éloignement des autres malades, eu égard à leur sécurité et au respect moral qui leur est dû. De ce nombre sont certains épileptiques, alcooliques, fous moraux instinctifs, etc.

5<sup>o</sup> Les aliénés, auteurs ou suspects d'infraction, et qui ne témoignent pas d'une perversité active, ou dont les écarts dangereux peuvent être facilement contenus ou neutralisés par le régime d'un asile ordinaire, ne doivent pas être passibles de la séquestration spéciale.

6<sup>o</sup> Pour faciliter le classement et prévenir les abus, il sera utile d'instruire judiciairement toute infraction commise ou tentée par un individu convaincu ou suspect de folie et de provoquer une expertise spéciale qui conclura au mode de placement convenable.

L'action sera suspendue et l'expertise ouverte pour tout accusé *reconnu*, au cours des débats, atteint ou suspect de folie.

7<sup>o</sup> Il est désirable que l'expertise à laquelle seront éventuellement soumis des détenus et des condamnés se fasse dans l'asile spécial ou dans un quartier d'observation y annexé, et non plus dans les prisons, dont la règle se prête mal à ce genre de recherches.

8<sup>o</sup> Enfin, subsidiairement, l'Académie, en présence des faits d'ordre anatomique, physiologique et clinique qui démontrent l'utilité des recherches à faire sur les différentes catégories de délinquants, se rallie au vœu émis par le Congrès de psychiatrie tenu à Anvers en 1885, de voir le gouvernement favoriser la continuation de l'œuvre entreprise sous les auspices de la Société de médecine mentale de Belgique, en nommant, à cet effet, une Commission où seraient représentés la magistrature, l'élément médical et l'administration pénitentiaire.

9<sup>o</sup> Cette Commission serait, en outre, chargée de prononcer l'admission dans l'asile spécial et d'en prescrire éventuellement la sortie, tout en provoquant le placement dans un asile ordinaire ou un stage d'observation dans une colonie, ou même le retour dans la famille, sous la surveillance d'un Comité de patronage, en général, toute mesure de prudence que la situation comporterait. »

La discussion de ce rapport a été mise à l'ordre du jour de la prochaine séance de l'Académie. Nous tiendrons nos lecteurs au courant de ce débat, qui ne saurait manquer d'intérêt.

#### PRIX DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Dans la liste des prix que la Faculté de médecine de Paris a décernés pour l'année scolaire 1887-1888, nous relevons les suivants :

PRIX CHATEAUVILLARD. (Commission : MM. Brouardel,

doyen, président ; Baillon, Verneuil, Laboulbène, Damaschino). — Ce prix, qui est de la valeur de 2,000 francs, a été partagé. 1,000 francs ont été accordés à M. le D<sup>r</sup> Gilles de Tourette, pour son ouvrage intitulé : *L'Hypnotisme*.

**THÈSES RÉCOMPENSÉES.** (Commission : MM. Trélat, président ; Potain, Guyon, Panas, Laboulbène, Cornil, Damaschino, Tarnier, Gautier, Fournier). — Parmi ces thèses, nous en trouvons un certain nombre sur la médecine mentale et nerveuse ; ce sont :

*Médaille d'argent.* — M. Blocq : Des contractures.

*Médailles de bronze.* — MM. Bosselat : De la méningite tuberculeuse chez les enfants âgés de moins de deux ans. — Hervé : La circonvolution de Broca. — Pavlidès : Arthropathie tabétique du pied.

*Mentions honorables.* — MM. Boisvert : Etude clinique des formes atténueées de la paralysie alcoolique. — Roulland : Quelques faits de paralysie des nouveau-nés. — Semelaigne : Philippe Pinel et son œuvre. — M<sup>me</sup> Sollier : De l'état de la dentition chez les enfants idiots ou arriérés.

#### FAITS DIVERS.

*Berlin.* — On lit dans le *Bulletin médical* (n° du 28 avril 1889) : « L'abus de la morphine est devenu tel à Berlin, et on peut s'en procurer à si bon compte, que la police s'est vue forcée d'en réglementer la vente. Défense formelle a été faite aux pharmaciens de livrer aucune dose de morphine sans une prescription de médecin. Cette prescription est conservée par le pharmacien afin d'empêcher qu'elle serve une seconde fois. »

*Danemark.* — Un moyen original pour réprimer l'ivrognerie a été imaginé par la police danoise. D'après un règlement spécial, les agents doivent faire monter en voiture et reconduire soigneusement chez eux les gens qu'ils trouvent en état d'ivresse dans la rue et dans les lieux publics. L'individu incapable de donner les renseignements suffisants est mené d'abord au poste de police, d'où il est transporté, également en voiture, à son domicile, aussitôt qu'il peut faire connaître son adresse. Après quoi, et c'est là qu'est la particularité curieuse du système, le débitant qui a servi le dernier verre à l'ivrogne est invité, sous peine de contravention, à payer la note parfois assez élevée des frais de transport qu'a occasionnés son client.

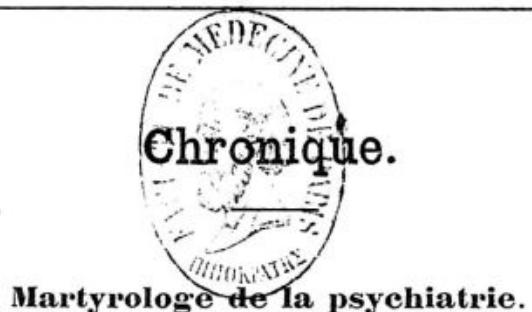
Pour les articles non signés : ANT. RITTI.

---

701. — Paris. Typographie Gaston NÉE, rue Cassette, 1.

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

---



Assassinat d'un gardien par un aliéné. — Meurtre d'un aliéné par un autre aliéné.

Lorsqu'en 1887, je pus, grâce à la bienveillance des *Annales médico-psychologiques*, publier mon « Martyrologue de la psychiatrie », conçu à l'occasion de la mort tragique du Dr de Gudden, j'espérais bien ne pas donner une suite à la lugubre nomenclature ; le destin en a décidé autrement.

Quand mon travail eut paru, je reçus diverses communications qui avaient pour but de m'informer d'événements analogues à ceux que j'ai relatés. Parmi ces documents, il en est un qu'il est de mon devoir de rappeler ici ; c'est une lettre que m'adresse, en italien, un de nos plus vénérables collègues, le Dr Andréa Verga, de Milan : « Excellent collègue, si vous reprenez un « jour la suite de la pieuse et sainte entreprise que vous « avez faite, par votre « Martyrologue de la psychiatrie », « veuillez y ajouter le cas suivant dont a été victime le

« soussigné, le 22 septembre 1886. En qualité de Président de la Société médicale italienne, j'étais au cinquième congrès des médecins aliénistes, à Sienne, ville de Toscane, et je faisais une visite officielle à l'hospice de Saint-Nicolas, où sont réunis les aliénés de la province et ceux des provinces voisines. Arrivé à la cordonnerie, un aliéné, faisant partie de cet atelier depuis deux ans, m'ayant pris pour le syndic d'Arezzo, duquel je tenais tous les renseignements relatifs au sujet en question, et particulièrement à son entrée à l'asile, me donna un tel coup de poing au front, que je me crus perdu. Bientôt, cependant, je me trouvai rétabli et je pus même assister à la clôture du congrès ; toutefois, l'œil gauche (depuis longtemps déjà, dès les premières années de mon service médical, j'avais perdu l'œil droit) resta tellement affaibli, qu'actuellement le soussigné a volontiers recours à la vue et à la main des autres, pour lire et écrire. Assurément, cet accident fâcheux a eu des suites plus graves par cette coïncidence de mon œil hors de service, et de mon âge avancé (soixante-quinze ans). Le soussigné, en effet, se rappelle bien qu'avant ce coup, il pouvait lire, même les caractères d'imprimerie les plus fins, à la simple lueur d'une chandelle et sans lunettes. Cet aliéné, comme vous l'avez déjà compris, était affecté de délire de persécution ; mais il n'avait jusqu'alors dans l'asile commis aucun acte violent ; il était réservé au soussigné d'en savourer les primeurs le jour même de sa visite. »

Encore un martyre, à ajouter aux autres.

Abordons, maintenant, le récit, du terrible événement qui, le 20 novembre 1888, à 10 heures 1/4, est venu jeter l'épouvante et la consternation dans l'établissement Sainte-Marie, à Clermont-Ferrand.

Je commençais ma visite quotidienne à 8 heures du

matin, accompagné de deux frères ; après avoir visité les deux infirmeries, je me disposais à pénétrer dans le préau de la division des déments agités ; la porte en était ouverte pour la commodité du service du matin et à deux ou trois mètres plus loin, se tenait X... le meurtrier, libre de tout lien ; il vient à moi, et il me demande sa sortie, ajoutant qu'il ne savait pas pourquoi on le tenait ici. Je lui promets de m'occuper de son affaire, et l'ayant un peu repoussé, pour passer, je le laissai derrière moi après lui avoir serré la main. Rien ne pouvait faire appréhender le crime ; ce jour-là, il paraissait même plus tranquille que de coutume. Quand on ouvrait une porte qui lui était accessible, il cherchait à s'y faufiler pour s'esquiver, et aller plus loin, sans se rendre compte si elle conduisait à la liberté. On l'avait mis dans cette division, parce qu'il y était mieux surveillé qu'ailleurs, et par la disposition des lieux, moins dans la possibilité de se sauver, ce qu'il avait tenté quelque temps avant. Il ne s'y plaisait pas, et quand il pénétrait dans la division voisine, il ne réintégrait la sienne qu'en étant poussé, et non sans maugréer et s'impatienter ; au fond il ne cherchait qu'à s'évader, sauf une fois, où il projeta son sabot à la tête d'un gardien sans l'atteindre, sur une simple observation ; il ne s'était pas montré méchant, mais entêté, résistant, fatigant, alors il sortait de sa lourdeur pour prononcer des phrases empreintes de délire halluciné. Il soutenait, en dernier lieu, que ses parents étaient enterrés sous le plancher de sa salle de jour, qu'il les entendait parler, et souvent, le matin, il m'en demandait des nouvelles. Maintes fois je l'ai réintégré dans sa division, en le prenant par la main et en lui adressant des paroles conciliantes, sans qu'il ait jamais résisté sérieusement ; mais quand on s'éloignait, on entendait ses doléances coléreuses. Je crois bien qu'il avait pris

son gardien en aversion, car il lui résistait plus qu'aux autres et un jour il l'aurait menacé de mort?

Continuant ma visite, j'entrai dans la salle où se tenait le malheureux gardien ; je lui dis bonjour et lui demandai, comme à l'habitude, s'il y avait quelque chose de nouveau dans son service? Il me répondit : Non, il n'y a rien de particulier. Or, s'il avait constaté quelque chose d'insolite dans X..., il n'eût pas manqué de m'en instruire, comme chaque gardien doit le faire, et comme il l'avait fait lui-même deux fois à l'égard de son bourreau.

A 10 heures moins 25 minutes, je finissais ma visite et me dirigeais vers la ville : c'est à ce moment qu'a eu lieu le meurtre. Que s'est-il passé? Plusieurs versions sont en présence ; la plus probable est la suivante : le gardien avait ouvert la cage grillée qui entoure le poêle et attisait le foyer avec un pique-feu, instrument du crime ; X... le lui a-t-il enlevé de force, ou le lui a-t-il demandé pour allumer une cigarette? c'est ce qu'il est difficile d'élucider. X..., une fois en possession de l'outil, a attaqué sa victime par derrière, et d'un coup porté horizontalement, avec une violence extrême, a étendu à terre, au milieu de la salle, son surveillant ; celui-ci a été foudroyé du premier coup. X... lui a porté, alors, d'autres coups avec la pointe. Les témoins de ce carnage étaient six déments braillards, qui ont assisté impas-sibles ; cependant ils n'ont pu échapper complètement à la commotion produite par un tel spectacle ; car non seulement il s'est fait aussitôt parmi eux un grand silence, mais ils se sont ensuite laissé emmener docilement ; aucun d'eux n'a pu me fournir quelque renseignement sérieux.

En ce moment, le gardien Jean Senadre, cinquante et un ans, surveillant aux épileptiques, dans une salle qui communique avec celle du drame par une large

baie grillée au milieu de laquelle est un poêle commun aux deux salles, dans sa cage, disposition qui facilite une plus grande surveillance et un secours réciproque au cas échéant, entend la chute d'un corps et un tapotement dû aux dernières convulsions des membres ; il regarde, voit un homme à terre et un autre penché dessus. N'écoutant que son courage, il ouvre la porte de communication et marche résolument sur le meurtrier, qui donne encore deux coups à sa victime. Celui-ci lève son terrible engin, et dit : « Je vais t'en faire autant. » Senadre n'est point arrêté, tout en parlant au furieux, quoique petit et déjà vieux il s'élance sur lui, lui arrache le pique-feu ; l'autre le lui reprend, et s'échappant des mains du gardien, va le jeter dans les lieux d'où on l'a retiré bientôt après. Cependant aux cris de Senadre des secours arrivaient de tous côtés ; on s'emparait de X... et on lui passait la camisole de force, en dépit du *no-restraint*.

Je venais de sortir ; on m'a rejoint, et j'ai pu, un quart d'heure après, juger par moi-même du désastre.

X... pleurait, était exalté, reconnaissait son crime, mais d'une manière obtuse ; il y paraissait insensible ; il prononçait quelques mots, comme : « Qu'on m'en fasse « autant.... je me suis vu dans le feu...., pourquoi ne me « laisse-t-on pas sortir?... Vous n'êtes pas le médecin, « je ne vous reconnaiss pas... brigand, canaille..., etc. » Quand M. le commissaire de police l'a interrogé, il s'est montré encore plus incohérent.

Le corps était couché en long, sur le ventre, les bras repliés sous la poitrine, un pied chaussé de sa galoche, l'autre déchaussé. La tête reposait sur la joue gauche, dans une mare de sang vraiment énorme, quantité qui s'explique par l'indemnité du bulbe, qui avait permis au cœur de continuer de battre, jusqu'à siccité, et aussi à la rupture des sinus. Des fragments de matière céré-

brale gisaient à terre, et elle se montrait en bouillie dans l'énorme plaie qui avait enfoncé, transversalement, la partie postérieure du crâne. Après les murailles, sur les bancs, des taches de sang, dont l'une avait un cheveu ; ces maculations ne pouvaient provenir du corps lui-même, mais bien des élans donnés au corps contondant, ou des mouvements qui lui étaient imprimés pendant qu'on se disputait ; le spectacle était affreux, la mort avait dû être instantanée.

Le pique-feu, long d'un mètre et gros comme le doigt, recourbé en crochet, avait été plié dans le milieu par la violence du coup ; son extrémité était couverte de sang et de quelques cheveux.

1<sup>o</sup> La victime : André Montel était grand, mince, assez robuste, âgé de quarante-deux ans. Sa douceur et sa politesse étaient extrêmes. Employé dans la maison depuis plusieurs années, c'était un de nos meilleurs surveillants, et on le regrette.

2<sup>o</sup> Le meurtrier : grand, fort, vingt-sept ans, tête ronde, regards fuyants, physionomie insignifiante, allures et manières cauteleuses, faisant le bon apôtre pour plaider sa cause, m'appelant souvent « mon bon ami », pour que je redouble d'intérêt pour lui ; teint bilieux, a engrangé. Les pièces relatives à son internement sont les suivantes :

1<sup>o</sup> Pièce de la mairie, attestant son état de folie ;

2<sup>o</sup> Certificat du Dr Chambise : « ... atteint de manie « depuis deux ou trois mois ... alternatives de mélancolie dépressive et d'état aigu ... a menacé ses « parents » ;

3<sup>o</sup> Certificat du Dr Fouriaux, médecin adjoint à Sainte-Marie : « ... paraît avoir agi sous l'influence du délire « de persécutions ... hallucinations de la vue et de « l'ouïe se rattachant aux idées religieuses » ;

4<sup>o</sup> Certificat de quinzaine du Dr Hospital : « ... délire

« généralisé, ... émotif et agité ... initialement ...  
« puis calme et lucidité... Présentement, *s'il n'y a pas*  
« *de rechute*, il est bien près d'être guéri... prolonger  
« *encore le traitement.* »

Entré le 17 août 1888, il fut d'abord agité et incohérent, cela dura quelques jours, puis il se calma si bien, que je songeai à le rendre à sa famille ; néanmoins, quelques indices, de ci, de là, m'enlevant ma confiance, je résolus de temporiser. En effet, la rechute se produisit il y a un mois, et pendant deux fois, je dus reconnaître à l'emploi momentané des coercitifs. Cette rechute s'est manifestée particulièrement par du délire halluciné assez diffus, un parti pris de s'évader, un entêtement extrême à ne pas obéir, une obsession infatigable à demander sa sortie, employant pour cela l'obséquiosité, jamais la menace ; un peu d'impatience coléreuse, mais encore aucun emportement violent.

*Responsabilité.* —Quand un accident arrive, il y a évidemment quelque chose de défectueux qui en est la cause et le point de départ ; mais quand on est sur le terrain de la folie, la part de l'imprévu et des surprises, malgré expérience et précautions, tient une telle place, que certains désiderata en sont atténus jusqu'à l'effacement ; c'est le cas présent : A. J'avais causé avec le malade, une heure avant ; il était tranquille, toutes les portes étaient ouvertes, il ne bougeait, alors que c'était le cas d'essayer de passer comme une trombe pour se sauver ; pouvais-je, dans ces conditions, le faire mettre en cellule ? C'eût été de l'inhumanité, de la maladresse. B. Le gardien était très bon ; il n'avait, pour ainsi dire, à surveiller que lui, les autres malades n'étant que dix, dont plusieurs paralytiques, les autres plus bruyants que dangereux ; lui-même, qui devait connaître son client mieux que personne, n'a constaté, ce matin, aucun indice particulier de nature à lui donner l'éveil. Le coup

a été fait au moment où il règne dans l'asile une grande animation et un va-et-vient continual, par suite des services du matin et des approches du déjeuner, moment très mal choisi pour perpétrer un crime. C. Quant au malencontreux pique-feu, les gardiens seuls s'en servaient; il est habituellement placé près du poêle, hors de la portée de la main, lequel poêle est lui-même enfermé dans une immense cage en fil de fer réticulé. On ne peut qu'en revenir à l'hypothèse établie plus haut.

*Examen cadavérique.* — Le lendemain nous avons examiné avec soin le corps de l'infortuné Montel : cadavre froid, rigide, exsangue ; le coup de barre avait été porté transversalement et postérieurement de gauche à droite ; la portion verticale de l'occipital et une partie des temporaux, surtout le droit, sont brisés en éclats et enfoncés. Telle a été la violence du ou des coups, que les esquilles sont enfouies dans la pulpe cérébrale, réduite elle-même en bouillie et décollée de ses membranes ; il en résultait un large trou ovale et béant sur les bords duquel s'affaisse le cuir chevelu lacéré et déchiré, et dans cet enfoncement, la bouillie cérébrale ; l'oreille droite a été divisée transversalement. Il est probable que X..., une fois sa victime à terre, ne pouvant plus la frapper de taille, l'a frappée de pointe, ce qui expliquerait l'état de dilacération du cerveau et le fragment qu'on en a trouvé à terre. Inutile d'ajouter que le cervelet et ses enveloppes participaient à l'attrition, et que l'intérieur de la boîte osseuse présentait du sang extravasé. Point d'autre lésion sur le corps.

Le lendemain, le meurtrier est plus calme, il reconnaît son forfait et demande « s'il est mort » ; il n'en est guère affecté ; il ajoute : « On me guillotinera, je veux être exécuté dans mon pays, devant ma maison. » Lui ayant demandé s'il avait obéi à une des voix qu'il

entendait, il répond négativement ; il dit : « Je me suis vu comme entouré de feu ! je ne me souviens pas bien de ce qui s'est passé. » Impossible d'en obtenir des détails.

Le jour suivant, je lui demande encore comment les choses se sont passées ; il donne à entendre qu'il n'a pas dérobé le tisonnier, mais qu'il s'en est emparé de force pour allumer une cigarette : hypothèse peu probable. Il est plus admissible qu'il s'est emparé subrepticement du pique-feu, l'a dissimulé derrière lui, pour s'en servir au moment où le gardien tournait le dos ; ce qui donne crédit à cette dernière supposition, c'est que le corps était au moins à quatre mètres du poêle.

Le surlendemain, annonçant à X... l'enterrement de sa victime, il en est fort peu touché et me demande « un papier » pour pouvoir sortir ! Plus tard, il se montre de mauvaise humeur, il se plaint de la nourriture et préfère qu'on le tue de suite ; il répète qu'il veut être guillotiné devant sa maison ; il veut qu'on lui rende les bras libres, affirmant qu'il ne fera de mal à personne ; ma vue l'importune, lui est désagréable. Une autre fois, il me prend pour une femme, etc. Sa physionomie est redevenue assez douce ; il ne cherche ni à mordre, ni à donner de coups de pied, etc. ; il répète qu'on a assassiné, ici, ses parents ; qu'il entend du bruit sous son lit, etc. ; très incohérent.

A quel mobile X... a-t-il obéi en sacrifiant Montel ? A-t-il voulu se ménager une évasion, en s'emparant des clés du mort ? Soit, mais ce projet était absolument extravagant, et X... n'était pas si profondément délirant, qu'il ne lui restât aucun indice de raisonnement, et les preuves : le soin d'attaquer son ennemi par derrière et ensuite d'aller jeter l'arme dans les lieux. A-t-il voulu purement se venger du gardien ? C'est encore peu probable, car il n'avait pas à s'en plaindre. A-t-il agi directement sous une conception délirante ou une hallu-

cination impulsive et irrésistible? Tout aussi peu certain ; son état mental ne me paraît pas s'être suffisamment affirmé dans l'un de ces deux sens. Il reste donc, comme très hypothétique, que le meurtre est tout simplement celui d'une brute ; dans ce cas, la plus petite cause, la vue d'un agent vulnérant, une observation, un rien, produit l'explosion ; le crime est commis, que le criminel en est lui-même tout ahuri ; tel un chien qu'on agace, et qui, poussé à bout, se jette sur son importun, avec un indicible emportement de rage ; une seconde après, vous le corrigez sans qu'il bouge ; il faut s'attendre à de ces surprises quand on vit avec les aliénés.

Nous avons passé en revue les trois groupes de personnes qui peuvent être victimes des malades : médecins, administrateurs, infirmiers : il est un quatrième groupe, que nous ne pouvons passer sous silence, pour en finir avec ces douloureuses éphémérides : ce sont les malades eux-mêmes. En effet, l'aliéné dangereux ne s'en prend pas toujours à ses gardiens, il attaque quelquefois ses congénères, et il n'est aucun aliéniste qui n'en ait pas observé quelques exemples. Outre les cas de délire, d'hallucinations, de persécutions, de rage destructive, comme après l'épilepsie, parfois de motifs de parenté, il y a encore les rixes. J'ai pu constater plusieurs de ces cas, dont un suivi de mort ; pour ne pas abuser de la patience du lecteur, je me bornerai à rapporter ce dernier :

L'événement s'est passé à Sainte-Marie, à la fin de 1870. La victime était un homme de soixante-dix ans, dans l'asile depuis environ deux années : démence sénile, quelques traces de délire ambitieux ; caractère acariâtre, contrariant, il se plaignait toujours et taquinait ses compagnons d'infortune.

Le meurtrier est un homme de la campagne, trente-deux ans, blond pâle, taille ordinaire. Je le vis à son

entrée (d'office) et sa physionomie me revint si peu, que j'engageai les gardiens à le surveiller, et que dans mon rapport d'entrée je le signalai comme dangereux. Deux ans avant, il avait déjà été conduit dans l'asile, à la suite de faits dangereux qu'on regardait comme de nature vésanique. Toutefois, il se conduisit si bien qu'on ne le garda pas longtemps. La rechute fut plus caractérisée ; il fut pris chez lui de monomanie religieuse, avec accès de fureur, pendant lequel il battit quelqu'un. A son arrivée, il était paisible, indifférent, causant peu. C'est lui qui nous apprit qu'il avait déjà séjourné ici, aussi le plaça-t-on dans la division des tranquilles. Pendant trois jours, il ne donna aucune trace bien apparente de folie. Le quatrième jour il commença à délirer, mais sans colère ni impatience. Le lendemain, 5 août, à 10 heures du matin, assis à côté du vieux qui, paraît-il, le contraria un peu, il se leva, jeta son homme à terre, et lui asséna plusieurs coups de sabots sur la tête, et ce, avec une telle vigueur et rapidité, que le coup était fait quand on accourut. Pendant qu'on s'occupe de la victime, lui, s'échappe, va se mettre à genoux au milieu de la salle de jour, le front contre terre, et s'enferme dans une sorte de méditation. On le fait lever à grand'peine ; il pleure et gémit. Les jours suivants, il est très excité et des plus délirants : il est fils de Dieu, il entend la voix de son père, etc. ; puis il devient calme, indifférent, presque gai et a bon appétit ; il ne nie pas précisément le fait, mais ne paraît pas bien s'en souvenir, il ne prend, à ce sujet, aucun renseignement et montre l'indifférence la plus grande.

La victime avait la figure horriblement gonflée ; le front était bleu et gorgé de sang, les yeux fermés, la face méconnaissable ; une plaie contuse, située au sommet d'une énorme bosse sanguine au-dessus de l'œil gauche, laissait échapper du sang ; respiration lente,

stertoreuse, pouls filiforme, membres en résolution, coma, mort à midi.

Autopsie : tête gonflée, méconnaissable ; sang s'échappant par le nez et la bouche ; partie antérieure du cuir chevelu gonflée, décollée, dilacérée en plusieurs points, et notamment aux bosses frontale et pariétale droite. La voûte du crâne étant enlevée, on constate : fracture avec enfouissement du pariétal et du temporal droits ; fêture s'étendant au frontal, à l'ethmoïde, en plusieurs branches ; grande mobilité de ces parties ; fracture du nez, fracture des dents de devant ; état congestif des méninges ; cerveau intact.

Il a fallu que la victime ait été d'abord couchée sur le dos, les coups ont porté sur la face et le front ; puis, la tête a dû se tourner à gauche, et les coups ont été portés à la tempe ; tous ont produit des fractures, et peuvent, pour la plupart, être considérés comme mortels.

Il est à remarquer, dans les deux observations qui font l'objet de cet article, que les meurtres ont été le point de départ, la première manifestation d'une crise de délire agité ; c'est ce qui arrive, en effet, souvent dans les maladies mentales ; un fait, souvent grave, en est le révélateur et le commencement.

Se défier des maniaques religieux hallucinés, des tranquilles sournois, des absorbés, des persécutés, des épileptiques ; ils sont certainement plus à craindre que les coléreux, les agités, les braillards.

La rapidité des coups, la manière de procéder brutale et sauvage, la pauvreté des agents vulnérants, tout cela est le fait de l'aliéné homicide.

Tout fou est dangereux ; il y a de ces homicides qui ne se rattachent qu'indirectement à la folie du meurtrier, et dont il ne peut nullement rendre compte, une fois accomplis.

A propos de tous ces événements, on m'a souvent dit : « Vous devriez prendre des précautions »... Lesquelles ? Le médecin aliéniste n'a d'autres précautions à prendre que quelques mesures de prudence, qui lui sont enseignées par l'expérience des maladies mentales, de leur évolution, de leurs éipiphénomènes, et par la connaissance aussi approfondie que possible de chacun de ses malades en particulier, il aura alors quelques chances d'éviter les accidents.

D<sup>r</sup> HOSPITAL.

---

### Lettre d'Amérique.

#### *L'assistance et l'hospitalisation des aliénés dans l'État de Michigan (États-Unis). Système des cottages.*

Il y a, dans l'État de Michigan, quatre asiles d'aliénés, savoir : l'asile de Kalamazoo, ouvert en 1859, et contenant, en 1887, environ huit cents malades ; l'asile de Pontiac, créé en 1878, et pouvant, en 1887, recevoir sept cents pensionnaires ; l'asile de Traverse City, créé en 1885, pour cinq cents malades ; enfin, un asile pour les aliénés criminels, situé à Ionia, et pouvant recevoir cent individus.

Le développement rapide de l'État, et l'augmentation des cas de folie qui en a été la conséquence, donnent une importance particulière à la solution du problème d'assistance des aliénés qui y résident. L'établissement d'autres asiles semblables à ceux qui existent déjà, impliquerait une dépense de huit à douze cents dollars (1) pour chaque aliéné, et au train dont la population s'accroît en ce moment, il faudrait, dans une dizaine d'années, construire un nouvel asile pour cinq cents malades.

---

(1) Quatre à six mille francs.

Dans les deux dernières années on a paré aux nécessités en établissant, auprès des asiles déjà existants, des colonies, des habitations pour des malades dignes de confiance, dont le travail peut être ainsi beaucoup mieux dirigé et qui se rendent ainsi bien plus utiles à eux-mêmes et aux asiles auxquels ils appartiennent. Les résultats obtenus de la sorte sont très satisfaisants, et il est très probable qu'à l'avenir c'est de cette manière que s'étendront les asiles publics; le système des colonies et des cottages isolés sera une partie importante de l'assistance des aliénés dans l'État de Michigan.

La manière dont sont établis les bâtiments détachés, colonies ou cottages, varie quelque peu suivant les besoins des différents asiles. Celui de Kalamazoo possédait à l'origine environ deux cents acres de terre (1) où avaient été élevés, avant 1887, deux grands bâtiments, l'un pour les hommes, l'autre pour les femmes, et un petit bâtiment séparé où résidaient temporairement quelques aliénés de la catégorie des travailleurs; il y avait aussi des granges et d'autres dépendances. On reconnut indispensable d'avoir d'autres terres pour les travaux de ferme, et l'on acquit en 1887 deux cent soixante-seize acres (2) à une lieue environ de l'asile. On y établit une maison de colonie pour des hommes qui sont destinés aux travaux de culture. On peut y employer ainsi cinquante malades, et le produit de leur travail est devenu une source de profit pour l'asile. Un établissement analogue a été fait, l'été dernier, pour cinquante femmes dans une colonie située à égale distance de l'asile, mais dans une direction opposée, sur les bords d'un lac charmant, où des terrains ont été acquis. Ces colonies sont en pratique, et autant que les besoins do-

(1) Environ quatre-vingt-un hectares.

(2) Cent onze hectares.

mestiques le permettent, indépendants de l'institution mère. Chacune d'elles est sous la direction d'un ménage, mari et femme, assistés de serviteurs capables, deux pour les hommes et deux pour les femmes.

L'asile de Pontiac (*Eastern Michigan asylum*) a suivi un plan quelque peu différent. Deux cottages, l'un pour les hommes, l'autre pour les femmes, y ont été établis cette année-ci sur son propre terrain. Celui des hommes est situé à cinq cents mètres environ à l'ouest des bâtiments généraux. Celui des femmes est placé dans un bois charmant planté à peu de distance, à l'est du quartier des femmes, lequel forme lui-même l'aile nord de l'asile. Chaque cottage est destiné à recevoir cinquante malades, et sa construction a coûté environ quinze cents francs par tête. Chacun d'eux est dirigé par le mari et la femme, choisis eux-mêmes parmi les surveillants qui ont précédemment acquis la plus longue expérience. A chaque bâtiment il y a en outre deux surveillants employés à des fonctions subalternes ; du côté des hommes, ils sont chargés de diriger les travaux de ferme ; du côté des femmes, leur emploi consiste à préparer et à diriger les occupations qui leur sont propres, la couture et autres travaux du même genre. Des deux côtés il est aisé de voir que les malades mettent de l'empressement à leur travail et s'y intéressent. Les soins du ménage sont partagés : tout se passe avec une régularité réglementaire ; chaque jour il se fait une bonne quantité de couture, de tricot. L'exemple de l'activité chez les plus anciens stimule au travail les nouveaux arrivés, et du reste l'oisiveté n'est point permise. Il est de règle que tous doivent faire quelque chose, et ceux qui sont les plus déments, c'est-à-dire le plus grand nombre, sont capables, avec une bonne direction, de mener à bien quelque travail, si simple qu'il soit. Au cottage des femmes on se charge de toutes les occupa-

tions domestiques ordinaires, même du blanchissage. Les facilités qu'on a pour la cuisine permettent de varier les aliments plus que cela ne se peut pour un plus grand nombre d'individus. Une lypémaniaque en éprouva une prompte amélioration, bien qu'elle répétât sans cesse à ses compagnes qu'elles étaient trop bien. C'était une femme laborieuse, qui s'occupait régulièrement, et qui pour cela avait joui de certaines libertés avant comme après son admission au cottage. L'amélioration qu'elle y obtint peut fort bien être attribuée en grande partie à ce fait qu'elle pouvait satisfaire les besoins d'un appétit des plus capricieux et se préparer les mets qu'elle avait l'habitude de prendre chez elle. La variété du travail et la vie de famille menée dans les cottages concourent puissamment à y hâter les convalescences. L'agitation s'y calme; l'activité morbide y est appliquée à des occupations utiles, et les encouragements de toute sorte y sont prodigues. Lorsque les malades, pour avoir transgressé les règlements des cottages, sont renvoyés aux bâtiments généraux, ils manifestent tous sans exception leurs regrets du changement; et lorsqu'on leur permet de revenir, ils manifestent la meilleure volonté d'être irréprochables à l'avenir. Les évasions sont rares, bien qu'on ne prenne aucune précaution spéciale pour les empêcher. Point de portes fermées à clef, point de fenêtres garnies de grilles; et les gardiens ne peuvent surveiller étroitement que ceux qui, à un moment donné, travaillent sous leur direction immédiate. Les malades se font un certain point d'honneur de ne rien faire qui puisse leur faire perdre leurs priviléges et obliger à les renvoyer dans l'asile. Et cependant ils appartiennent à cette même catégorie d'individus que jusqu'ici on ne traitait que dans des salles communes rigoureusement fermées.

Il y a un nombre assez grand de cas dans lesquels la

guérison, ou à tout le moins une amélioration durable, ont pu être attribuées dans une large mesure à la vie des cottages et à son heureuse influence. Ainsi, par exemple, une jeune fille, atteinte de débilité mentale originelle, qui depuis bien des années était sujette à des accès alternatifs d'agitation et de dépression, a vu disparaître cet état morbide et était devenue l'une des plus utiles parmi les membres de la petite communauté. Elle s'était habituée à faire les commissions, elle portait les lettres, les provisions de la pharmacie, et même elle était devenue capable de mener un métier à tricot. Pendant le temps de sa résidence au cottage, environ neuf mois, elle a tricoté cent neuf douzaines de paires de bas ou de chaussettes et treize douzaines de paires de mitaines; tout cela a été mis en magasin pour être donné aux malades suivant leurs besoins. C'est au cottage même que l'on a filé ou teint la laine destinée à ces travaux; on y a préparé les morceaux destinés à faire des tapis; le tissage y a donné de l'emploi à plusieurs malades et quelques-uns ont même appris là le métier de tisserand.

A l'asile de Traverse City (*Northern Michigan asylum*) il a été récemment établi un cottage ayant la même constitution et le même but. Celui-ci a coûté environ soixante-cinq mille francs et est disposé pour recevoir cinquante malades.

Une opinion consiste à soutenir que, pour effacer chez certains malades l'impression pénible que leur cause la vie dans un asile d'aliénés, il faut établir les colonies le plus loin possible de l'institution mère, et l'on insiste sur ce fait que si le changement de l'asile à la colonie est de quelque utilité, c'est parce qu'il éloigne de la vie habituelle de l'asile et de sa monotonie. Cet éloignement est regardé comme un facteur important des avantages que l'on retire. L'expérience faite

à l'asile de Pontiac montre que la proximité des cottages n'a nui en rien, et qu'elle a au contraire donné bien des avantages. L'administration en est rendue plus facile, et la possibilité de faire fournir l'éclairage et l'eau par l'installation centrale a permis de réaliser de grandes économies. La surveillance médicale et la direction du traitement se font d'une manière pratique, ce qui est d'une importance extrême, surtout en ce qui concerne les individus récemment sortis de la phase aiguë de leur maladie. Les habitants des cottages ne sont point privés de la vie sociale et du mouvement propre aux grands bâtiments de l'asile ; bien qu'ils en soient séparés, ils profitent, dans une certaine mesure, des bénéfices de l'isolement et du *restraint* qui y sont imposés. Le voisinage de l'asile permet de traiter au cottage certains malades un peu remuants et instables, qu'on ne pourrait y garder si l'asile était éloigné ; et souvent aussi tel individu, dont l'amélioration n'est pas encore solide, peut trouver profit à ce que, par manière d'expérience, on l'envoie passer quelques moments au cottage. Enfin le rapprochement de celui-ci inspire à l'administration et aux surveillants une plus grande confiance réciproque, et les gardiens assument plus volontiers les responsabilités de leur tâche que s'ils étaient envoyés plus au loin.

Ainsi donc il est évident que le système des colonies et des cottages offre de grands avantages. On peut l'affirmer sans conteste : il assure aux aliénés chroniques une assistance meilleure que celle qu'ils trouvent dans les asiles de comté, et à beaucoup moins de frais ; il les met dans des conditions de vie qui se rapprochent beaucoup de la vie de famille ; il permet d'utiliser leur travail, comme cela est juste, pour amortir les dépenses que l'État fait pour eux, de surveiller et de diriger ce travail d'une manière compé-

tente et sérieuse; enfin, il facilite l'agrandissement des asiles à un prix de revient qui est comparativement faible pour chaque individu.

Un dernier avantage, très important aussi, c'est qu'au lieu d'avoir à ériger environ tous les dix ans de grands asiles nouveaux, on peut, à l'aide des colonies et des cottages, pourvoir à toutes les nécessités; en y déversant leur trop plein de malades, on est assuré de n'y avoir jamais d'encombrement. De la sorte on est parfaitement en mesure de recevoir les nouveaux malades à mesure qu'ils se présentent; on peut les mettre en traitement dès le début de leur maladie, à un moment où ils sont encore curables, et l'on arrive ainsi à alléger le lourd fardeau qu'impose l'accroissement du nombre des aliénés chroniques.

D<sup>r</sup> C. B. BURR.

Eastern Michigan asylum, Pontiac (Michigan).

---

---

**Pathologie.**  
DOIT-ON DANS LA CLASSIFICATION  
DES  
**MALADIES MENTALES**

ASSIGNER UNE PLACE A PART  
AUX PSEUDO-PARALYSIES GÉNÉRALES ? (1)

**Par le Dr J. BAILLARGER**

Membre de l'Académie de médecine.

---

I

Parmi les malades atteints de folie chronique ou de démence, qui séjournent dans les asiles depuis cinq, dix, quinze ans ou même plus, il en est qui, à leur entrée, ont été considérés comme atteints de paralysie générale et chez lesquels les symptômes de cette maladie ont disparu. Ces faits, signalés par plusieurs auteurs, ont été surtout démontrés par M. Christian.

Le diagnostic, à l'entrée, avait été porté par des médecins expérimentés, et on ne peut expliquer ces faits par de simples erreurs. Il s'agit d'ailleurs, dans le plus

---

(1) Les faits qu'on a publiés jusqu'ici sous la dénomination de *pseudo-paralysie générale*, se rapportent à deux formes très différentes : l'une, caractérisée principalement par le délire des grandeurs diffus et incohérent; l'autre, par une démence primitive et progressive. Je ne m'occuperaï, dans cette note, que de la première forme, laissant aussi à part la forme mélancolique avec délire hypochondriaque spécial.

grand nombre des cas, de malades qui avaient présenté la forme expansive avec délire des grandeurs.

Il est donc certain que ces malades ont eu, selon l'expression de M. Christian, « *leur phase de paralysie générale* disparue sans laisser de trace. »

Le même auteur ajoute que ces cas sont nombreux. « Si je voulais, dit-il, établir une statistique complète, on serait étonné, autant que je l'ai été moi-même, du grand nombre de fois où j'ai noté cette particularité. »

D'autre part, il y a déjà dans la science un certain nombre d'observations qui démontrent que quand ces malades succombent, on ne trouve point dans le cerveau les lésions ordinaires de la paralysie générale.

M. Christian a donc cru pouvoir admettre comme « *un fait qui, dit-il, lui paraît indéniable* :

« *Que des aliénés peuvent présenter pendant un temps variable tous les symptômes de la paralysie générale sans être réellement des paralytiques généraux.* »

Ces aliénés sont des pseudo-paralytiques ; ils sont atteints de ce que M. Régis appelle des *paralysies générales fonctionnelles*, par opposition à la paralysie générale vraie qui se rattache à des lésions organiques.

On paraît, il est vrai, avoir réservé la dénomination de pseudo-paralysie générale aux cas dans lesquels la maladie était d'origine alcoolique, syphilitique ou saturnine ; mais il y a un assez grand nombre de pseudo-paralytiques dont la maladie ne peut être rattachée à ces causes spéciales ; il n'y a donc point à s'étonner que M. Christian n'ait fait à cet égard aucune distinction (1).

---

(1) Cela ne veut pas dire qu'il n'y ait aucune différence entre les pseudo-paralysies générales d'origine toxique et celles dont les causes sont d'une autre nature, mais simplement que tous les malades offrant les symptômes de la paralysie générale sans être atteints de périencéphalite, doivent être réunis en une seule et même classe.

Il n'y a pas de rapport entre la paralysie générale et l'âge, mais il existe une prédisposition sexuelle qui consiste à ce que les hommes soient plus sujets à la maladie que les femmes. II existe également une prédisposition raciale, car les Africains sont plus sujets à la maladie que les Européens.

Tous les auteurs semblent d'accord pour admettre que la paralysie générale *complètement développée* est incurable et qu'elle se termine fatalement par la mort. Cependant, il y a dans la science un assez grand nombre de cas de guérison, et, parmi ces cas, il en est où la maladie avait duré longtemps et avait offert des symptômes très graves.

Ces faits étaient difficiles à expliquer ; mais depuis que l'existence des pseudo-paralysies générales a été bien démontrée, on a pu admettre que tous ces malades étaient des pseudo-paralytiques. Comment affirmer, en effet, qu'ils ont été réellement atteints de périencéphalite et non d'un de ces accès de pseudo-paralysie générale qu'on s'accorde à expliquer par de simples troubles circulatoires ?

Pour décider cette question, il faudrait évidemment qu'on eût des éléments de diagnostic différentiel entre la paralysie générale vraie et la pseudo-paralysie générale ; or, ces éléments n'existent pas, au moins dans un très grand nombre de cas.

Qu'on relise les observations de guérison publiées jusqu'ici et l'on pourra se convaincre que la maladie était si nettement caractérisée que l'erreur était impossible à éviter (1).

Je rappellerai aussi que M. Régis, qui, plus que personne, a étudié la question des pseudo-paralysies géné-

(1) M. Christian avoue qu'il a lui-même commis sous ce rapport les mêmes erreurs que ses prédécesseurs. Il a dans son service, depuis plusieurs années, des malades qu'il avait jugés atteints de paralysie générale et chez lesquels les symptômes de cette maladie ont disparu.

rales, déclare qu' « au point de vue *symptomatique* leur analogie avec la véritable paralysie générale est à peu près complète, et qu'elle ne s'en écarte que par quelques particularités sans importance bien réelle (1) ».

Il n'y a donc point lieu, comme on le voit, d'espérer de résoudre par des éléments empruntés au diagnostic différentiel la question de savoir si les malades guéris ont été ou non atteints de périencéphalite.

Cette question est d'ailleurs tranchée par tous les auteurs qui regardent la paralysie générale comme incurable, et, parmi ces auteurs, aucun n'a exprimé plus nettement son opinion sur ce point que MM. Christian et Ritti. « Nous avons, disent-ils, la conviction absolue que chaque fois qu'on a signalé la guérison d'un cas de paralysie générale, on a commis une erreur de diagnostic; il n'existe pas de périencéphalite. Et de même, chaque fois que nous avons affaire à une paralysie générale véritable avec périencéphalite, nous sommes persuadés que la guérison est impossible et que la mort est la terminaison forcée de la maladie. » Et plus loin ils ajoutent : « Nous le répétons, la paralysie générale est une affection incurable dont la terminaison unique est la mort (2). »

S'il en est ainsi, on comprend que tous les cas de guérison doivent être regardés comme appartenant aux pseudo-paralysies générales.

Le docteur Nasse n'a d'ailleurs créé la classe des pseudo-paralysies générales alcooliques qu'en se fondant sur le fait même de la guérison.

On devrait donc ranger parmi les pseudo-paralytiques non seulement les malades qui, après avoir eu

(1) Régis. *Manuel pratique de médecine mentale*, p. 284.

(2) *Dictionnaire encyclopédique*, 2<sup>e</sup> série, t. XX, p. 762.

*une phase de paralysie générale*, sont tombés dans la folie chronique, mais encore tous ceux dont l'accès s'est terminé par la guérison.

## III

Je crois devoir encore rappeler ici des cas assez nombreux qui sont de même nature que les pseudo-paralysies générales, bien que la symptomatologie en soit moins complète. Je veux parler des accès de folie, caractérisés dès le début par le délire des grandeurs diffus et incohérent, très souvent accompagné d'inégalité des pupilles, mais sans troubles de la parole.

Pendant longtemps on a cru pouvoir affirmer dans tous ces cas l'existence de la paralysie générale ; on est aujourd'hui beaucoup plus réservé ; on regarde les malades comme plus ou moins menacés de cette maladie ; mais tout le monde est d'accord pour porter un pronostic fâcheux.

« Le délire ambitieux a par lui-même tant de gravité ; il est lié si intimement, dans l'immense majorité des cas, à l'existence d'un trouble de la motilité, qu'il doit à lui seul éveiller les craintes les plus vives et amener dans l'esprit l'idée d'un pronostic sérieux (1). »

Je me borne à rappeler d'une manière très sommaire deux observations publiées par M. Christian.

## OBSERVATION I.

Ni alcoolisme ni syphilis.

Délire des grandeurs diffus et incohérent.

---

(1) Marcé. *Traité pratique des maladies mentales*, p. 476.

- Inégalité des pupilles.
- Eschares précoces au sacrum.
- Apparence de démence.
- Aucun trouble de la parole.
- Guérison qui se maintenait encore trois années après la sortie du malade.
- Durée de la maladie : cinq mois.

#### OBSERVATION II.

- Excès alcooliques antérieurs.
- Délire des grandeurs diffus et incohérent.
- Plus tard, délire hypochondriaque avec conceptions délirantes spéciales.
- Symptômes de démence.
- Signes de congestion cérébrale.
- Nul trouble de la parole.
- Mort par suite d'hémorragie méningée.
- Durée de la maladie : deux ans.
- A l'autopsie, absence des lésions de la périencéphalite chronique.

M. Christian déclare qu'il a craint que ses deux malades ne fussent atteints de paralysie générale, et tout le monde reconnaîtra que ses craintes étaient parfaitement motivées.

La guérison dans le premier cas, l'absence des lésions de la périencéphalite chronique dans le second, ont démontré que ces malades n'étaient point atteints de paralysie générale.

Dans tous les cas semblables, les malades, selon l'expression de M. A. Voisin, ont *côtoyé* la paralysie générale sans en être atteints.

Toutes les observations de ce genre doivent être

regardées comme des *pseudo-débuts* de paralysie générale : ce sont des pseudo-paralysies générales dont la symptomatologie est restée incomplète (1).

#### IV

Il y a une question qui n'a point été examinée et dont la solution me paraît cependant avoir ici un très grand intérêt.

Je veux parler des rapports des pseudo-paralysies générales à forme expansive avec la paralysie générale vraie.

On sait que les pseudo-paralysies générales alcooliques sont les premières qui ont été étudiées ; elles sont les plus fréquentes et il suffira, je crois, de déterminer leurs rapports avec la paralysie générale vraie pour répondre la question.

C'est M. A. Voisin qui, le premier, en 1864, a signalé la fréquence du délire des grandeurs dans la folie alcoolique.

Quelques-uns de ses malades présentaient, outre le délire d'orgueil, « du tremblement de la lèvre supérieure, de l'hésitation et même une fois de l'embarras de la parole : caractères qui, dit-il, coïncidant avec l'apparence satisfaite et le contentement de soi-même, pouvaient tout d'abord faire penser à la paralysie générale (2). »

(1) Quand ces malades tombent dans la démence, on trouve réunis les symptômes psychiques de la paralysie générale sans les symptômes somatiques. Ces cas ont fixé l'attention de M. Westphal. « On rencontre, dit-il, des malades qui offrent les symptômes psychiques de la paralysie générale et qui meurent sans avoir présenté aucun trouble de la motilité. » Ces faits constituent pour lui des *paralysies générales latentes*.

(2) *Annales médico-psychologiques*, 1864, t. III, p. 31.

Ces faits, dans lesquels on trouvait réunis le délire d'orgueil et l'hésitation de la parole, étaient certainement de même nature que ceux qui ont été publiés, quelques années plus tard, par le Dr Nasse, sous la dénomination de *pseudo-paralysie générale alcoolique*. Or, M. A. Voisin les regarde comme *entièrement étrangers* à la paralysie générale.

Les auteurs qui ont écrit depuis sur les pseudo-paralysies générales alcooliques ont tous semblé partager cette opinion ; ils ont paru convaincus que les malades atteints de pseudo-paralysie générale alcoolique étaient complètement à l'abri de la paralysie générale vraie.

Tous ces accès n'auraient donc avec la paralysie générale d'autres rapports que ceux qui résultent de la similitude des symptômes (1).

C'est contre cette opinion qu'a voulu sans nul doute réagir M. le docteur Lagrange, dans un mémoire qui a été récemment lu à la Société médico-psychologique et qui a pour titre : *Du pronostic du délire ambitieux dans la folie alcoolique*.

La principale conclusion de l'auteur est « que le délire ambitieux des alcooliques chroniques, lorsqu'il se reproduit à des intervalles assez rapprochés, a une signification réelle au point de vue du pronostic et qu'il caractérise bien la phase intermédiaire d'acheminement vers la paralysie générale ».

Le fait qui ressort de cette conclusion est, à mon avis, parfaitement exact. Il faut sans doute, pour le pronostic, tenir compte des conditions dans lesquelles on observe le délire ambitieux ; mais il est toujours, chez les alco-

(1) On peut voir sur ce point un long et très intéressant travail publié dans la *Gazette des Hôpitaux* par M. Rouillard, et dans lequel il a résumé l'état de la science sur les différentes espèces de pseudo-paralysies générales (1888).

liques comme dans tous les autres cas, un symptôme grave qui, selon l'expression de Marcé, doit éveiller l'idée d'une paralysie générale.

Il est bien vrai que les pseudo-paralysies générales alcooliques se terminent plus souvent que les autres par la guérison ; il est bien vrai surtout que les malades peuvent guérir successivement de plusieurs accès ; mais une fois ces réserves faites, on ne peut admettre que les pseudo-folies alcooliques ne sont pas, et même assez souvent, suivies de paralysie générale vraie : c'est ce que prouvent les faits suivants.

L'un des trois malades, dont M. A. Voisin a rapporté les observations dans la première partie de son travail, est resté guéri pendant deux années et demie ; mais à la fin de la troisième année, il a été atteint de paralysie générale et ramené à Bicêtre, où il est mort.

On sait que c'est le docteur Nasse qui, en 1870, a publié le premier mémoire sur ce qu'il a appelé les pseudo-paralysies générales alcooliques. Il avait été conduit à séparer ces faits de la paralysie générale vraie par l'observation de sept malades qui étaient sortis guéris de son service. Il se fondait surtout sur l'opinion généralement admise que la paralysie générale est une maladie incurable et sur l'incertitude qui, dit-il, règne encore sur les lésions de ses premières périodes.

Plusieurs années après la sortie de ses malades, le Dr Nasse a fait une enquête pour savoir ce qu'ils étaient devenus. Il a pu obtenir des renseignements sur six d'entre eux, et il apprit que *deux* de ces six malades étaient morts plus tard de *paralysie générale vraie*.

Les faits cités par M. A. Voisin et par Nasse prouvent que la paralysie générale vraie n'est pas rare chez les malades guéris de pseudo-paralysie générale alcoolique.

Marcé, en 1863, avait déjà publié les observations de deux malades guéris de folie alcoolique avec délire des grandeurs, mais chez lesquels il n'avait pu constater aucun trouble de la parole.

L'année suivante, l'un de ces deux malades fut ramené à Bicêtre et mourut de paralysie générale.

Cette fâcheuse terminaison peut d'ailleurs n'avoir lieu qu'après la guérison de plusieurs accès, et l'un des faits les plus curieux sous ce rapport est celui qu'a publié Lunier.

Le malade avait eu, en vingt ans, cinq accès de pseudo-paralysie générale alcoolique et ce n'est qu'au sixième accès qu'il est mort de paralysie générale.

Les cas semblables à ceux qu'ont observés Marcé, Nasse et M. A. Voisin sont loin d'être rares. Mais les malades ayant fini par succomber à la paralysie générale, on a considéré les accès guéris comme de simples rémissions.

On a, en effet, admis des rémissions complètes dans lesquelles tous les symptômes de la maladie disparaissent, et des rémissions incomplètes, quand il y a persistance d'un ou de plusieurs symptômes.

La terminaison des pseudo-paralysies générales alcooliques par la paralysie générale vraie a d'ailleurs été signalée par plusieurs auteurs, parmi lesquels je me bornerai à citer M. Dagonet.

Après avoir reconnu l'existence de la *manie congestive* comme maladie indépendante de la paralysie générale, il déclarait qu'elle était presque toujours d'origine alcoolique, et il ajoutait que si les malades après la guérison d'un premier accès faisaient de nouveaux excès, ils finissaient par mourir de paralysie générale.

Il est donc certain que les malades atteints de pseudo-paralysie générale alcoolique, après la guérison d'un ou de plusieurs accès, succombent assez souvent à la paralysie générale vraie.

Il y avait quelque intérêt à établir ce fait qui aggrave beaucoup le pronostic.

Il met en outre une ligne de démarcation encore plus tranchée entre les folies alcooliques simples et les pseudo-paralysies générales d'origine alcoolique, et prouve que ces dernières sont bien réellement d'une nature spéciale et d'une gravité exceptionnelle (1).

## V

Ce qui précède me paraît pouvoir être résumé de la manière suivante :

1<sup>o</sup> Il est parfaitement démontré « *que des aliénés peuvent présenter pendant un temps variable tous les symptômes de la paralysie générale sans être réellement des paralytiques généraux.* ».

Tous ces malades, qu'ils aient ou non des antécédents d'alcoolisme, de saturnisme ou de syphilis, sont des pseudo-paralytiques.

2<sup>o</sup> Les pseudo-paralysies générales se terminent par

(1) L'étude des pseudo-paralysies générales d'origine alcoolique peut d'ailleurs aider à résoudre une question sur laquelle on n'est point d'accord pour ce qui a trait aux pseudo-paralysies générales qui ne sont pas d'origine toxique.

C'est dans les pseudo-paralysies générales alcooliques qu'on voit souvent les malades guérir successivement de plusieurs accès.

Dans l'observation publiée par Lunier, le malade, comme il a été dit plus haut, avait eu cinq accès en vingt ans et il n'était devenu réellement paralytique qu'au sixième accès.

Le malade qui a servi de sujet à la leçon de M. Ball, sur les pseudo-paralysies générales alcooliques, avait eu successivement seize accès en treize ans. Or, dans ces cas et dans ceux qui s'en rapprochent, personne ne songera à soutenir que tous les accès guéris étaient des cas de périencéphalite.

On est donc obligé de reconnaître que si la paralysie générale survient plus tard chez ces malades, elle doit être regardée comme une maladie secondaire.

## CLASSIFICATION DES MALADIES MENTALES

---

### FORMES CURABLES

#### LES FOLIES

### FORMES INCURABLES

#### LES DÉMENCES

#### I. LES FOLIES.

I. FOLIES SIMPLES. (Celles qui, en cas de non guérison, se terminent par la démence simple.)	Délire partiel. Manie. Mélancolie. Double forme.
II. FOLIES GRAVES (1). (Celles qui, en cas de non guérison, se terminent souvent par la démence paralytique.)	Manie ambitieuse. Mélancolie hypochondriaque.
III. FOLIES INTERMITTENTES.	Folie intermittente simple. Folie à formes alternées.
IV. FOLIE CIRCULAIRE.	Folie à double forme continue.
V. FOLIES D'ORIGINE TOXIQUE.	Folie alcoolique. Folie pellagreuse. Folie d'origine paludéenne, etc.
VI. FOLIES ASSOCIÉES A DIVERSES NÉVROSES.	Folie épileptique. Folie hystérique, etc.

#### II. LES DÉMENCES.

- I. Paralysie générale (démence paralytique).
- II. Démence sénile.
- III. Démence symptomatique de diverses affections circonscrites du cerveau.
- IV. Démence consécutive aux vésanies.

#### III. ARRÊTS DE DÉVELOPPEMENT

Idiotie. — Imbécillité. — Débilité mentale. — Crétinisme.

---

(1) Dénomination provisoire.

la guérison ou par la démence simple sans paralysie.

3° Dans un assez grand nombre de cas, les guérisons ne sont que temporaires et, après un temps plus ou moins long, on voit assez souvent les malades, s'ils ne succombent pas à des accidents cérébraux aigus, mourir avec tous les symptômes de la véritable paralysie générale.

4° Les pseudo-paralysies générales avec délire des grandeurs, qu'on a séparées de la paralysie générale vraie, ne peuvent, d'autre part, être réunies aux folies simples ; elles en sont, en effet, très distinctes :

1° Par les caractères du délire ;

2° Par l'hésitation de la parole et le plus souvent par l'inégalité des pupilles ;

3° Par la gravité du pronostic, les malades après leur guérison étant assez souvent atteints plus tard de paralysie générale.

Il faut donc, dans la classification des maladies mentales, leur assigner une place à part.

---

# 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.

---

### DEUXIÈME LEÇON

#### STUPEUR LYPÉMANIAQUE

(*Suite et fin.*)

#### IV

*Période de début.* — Le *début* de la stupeur lypémiaque de la puberté se fait généralement d'une manière brusque et dans la grande majorité des cas, il se traduit par des hallucinations, des idées de peur et une agitation maniaque intense. Parfois même, ces différents symptômes peuvent s'accompagner de *fièvre*; l'observation de Pa... en est un exemple.

Cette fièvre revêt des caractères ataxo-adynamiques très marqués et dans un cas je l'ai même vue aboutir à la mort. Voici ce fait.

Mour... avait vingt ans lorsqu'elle entra à l'asile. D'une intelligence ordinaire, cette jeune fille ne présentait aucun stigmate psychique ou somatique indiquant une hérédité marquée. L'hérédité existait cependant, mais faible; elle se traduisait par un accès passager de manie, survenu chez la mère à l'âge de vingt-sept ans

à la suite d'un accouchement, par de l'impaludisme et peut-être de l'arthritisme chez le père. Réglée à treize ans, les règles reviennent régulièrement, mais sont dououreuses et cette évolution difficile s'accompagne de chloro-anémie.

Trois ou quatre mois avant l'éclosion du délire, la chloro-anémie se prononce et on constate des caprices dans l'alimentation et des variations dans le caractère. Alors sous l'influence d'une cause morale de peu d'importance, de ce vol au préjudice de sa mère dont je vous ai déjà parlé, apparaît un délire caractérisé par des idées de peur et des hallucinations. Mour... voit des hommes armés de couteaux qui vont la tuer, et une agitation intense ne tarde pas à se produire. Elle chante à tout propos et à tout venant, jette des cris, essaie de mordre, a un vocabulaire spécial, elle prononce toutes les voyelles comme s'il y avait un accent circonflexe, refuse de manger, etc.

Douze jours après l'apparition des accidents qui précédent, Mour... entre à l'asile. Là elle présente les mêmes phénomènes, mais ce qui frappe surtout c'est l'épuisement. Les forces sont profondément atteintes, la langue est sèche, les lèvres fuligineuses, le pouls faible, dépressible; elle crachote continuellement; et tout, chez cette jeune fille, indique un état d'adynamie marquée.

Le premier jour de l'entrée, la température, au-dessous de la normale à droite dépasse légèrement celle-ci à gauche, mais bientôt la fièvre s'allume, et la température oscille entre 38° et 39° 5. Cette jeune fille succombe huit jours après son admission à l'asile, c'est-à-dire vingt jours environ après le début de la maladie, sans que l'examen d'aucun organe ait révélé pendant la vie une lésion quelconque, sauf l'existence pendant les deux ou trois derniers jours de quelques râles hypostastiques aux deux bases. L'autopsie n'a pu être faite.

Dans cette fièvre du début de la stupeur lypémaniaque, la température atteint généralement un chiffre peu élevé et la courbe thermique offre une grande irrégularité, ainsi que vous pouvez vous en rendre compte par les tracés de Pa... et de Mour... Certains jours elle ne dépasse pas 38° ou même est inférieure à ce chiffre, d'autres jours au contraire, elle atteint 40°; de plus elle peut revêtir parfois le type inverse, c'est-à-dire que la température du matin peut être plus élevée que celle du soir.

Enfin, vous le voyez par la courbe de Mour... l'élévation thermique peut ne pas être la même des deux côtés du corps, et si cette élévation est généralement toujours plus marquée du même côté, certains jours cependant, l'inverse peut se produire. Cette différence dans l'élévation thermique d'un côté du corps par rapport à l'autre constitue un fait assez intéressant; il me paraît se rattacher aux troubles vaso-moteurs qui, dans la stupeur lypémaniaque, sont excessivement marqués.

Irrégularité thermique, telle est, on peut le dire, la caractéristique de la fièvre du début de la stupeur lypémaniaque. Le pouls, cet autre élément d'appréciation de la fièvre, est toujours proportionnellement plus élevé que la température, il atteint facilement 120 pulsations, est excessivement faible et dépressible, et en rapport ainsi avec l'adynamie qui est évidemment la dominante de cette fièvre. Les forces sont profondément atteintes, le facies est plaqué de taches rouges, les lèvres sont fuligineuses, la langue est sèche et les malades crachotent constamment.

De quelle nature est cette fièvre qui peut ainsi emporter les malades ? Je ne sais ; tout ce que je pourrais vous dire à ce sujet ne serait qu'hypothèse, aussi je me tais, je veux seulement vous rappeler ce grand fait pratique, c'est qu'il existe une adynamie profonde.

Mais ces accidents fébriles sont heureusement rares et ne doivent pas nous faire perdre de vue des symptômes beaucoup plus importants au point de vue qui nous occupe, c'est-à-dire l'*agitation maniaque*, les *hallucinations de la vue* et les *idées de peur* que vous venez de voir très marquées chez Mour... et qui, vous vous en souvenez, n'étaient pas moins marquées chez Pa... Ces symptômes constituent dans la grande majorité des cas les manifestations extérieures essentielles de l'aliénation mentale. Je les ai rencontrés six fois dans les sept cas de stupeur pubérale que j'ai observés, et l'exemple suivant vous rend bien compte de leur allure ordinaire.

Ga... est âgée de vingt et un ans. Depuis trois semaines, elle présentait de violentes douleurs de tête et de la chloro-anémie, lorsque subitement éclate au milieu de la nuit un violent accès de manie. Elle se lève, se révolte contre les personnes qui l'entourent, cherche à sauter de la fenêtre d'un premier étage et cela sous l'influence d'*hallucinations de la vue*; elle voit des chats autour de son lit. Il existe en outre chez elle des perversions du goût et de l'ouïe; ses aliments sont mauvais, on veut l'empoisonner et elle entend des voix qui lui disent qu'on veut lui faire du mal. C'est dans cet état que Ga... entre à l'asile, mais déjà à ce moment, les idées de tristesse sont nettes.

Six fois sur sept cas que j'ai observés, j'ai vu, vous ai-je dit, la stupeur lypémaniaque éclater ainsi sous forme d'un violent accès de manie avec hallucinations et plus particulièrement hallucinations de la vue et idées de peur. J'aurais réellement pu dire sept fois sur sept cas, car si chez la malade que je vous présente actuellement, l'apeurement n'existe pas et était remplacé par d'autres idées délirantes, vous retrouvez encore les hallucinations et l'*agitation*.

Chez Sal... la maladie a débuté par des hallucina-

tions de la vue accompagnées d'idées religieuses. Cette jeune fille voit sur la muraille le sacré-cœur de Jésus et le démon qui santille pour s'en emparer, en même temps elle s'intitule la « Vierge », la « Reine », « Marie conçue sans péché », et, s'écorchant les poignets et les mains, elle les offre à baiser aux personnes qui l'entourent.

Outre ces troubles psychiques, elle présente des attaques appartenant réellement à l'hystérie. Le visage devient vultueux, la poitrine se soulève, le cou semble se gonfler, les globes oculaires se portent en haut et au dehors, les paupières sont animées de frémissements, la malade semble mâcher quelque chose ; puis elle se raidit, ferme les poings, les tourne en dedans et prenant un point d'appui sur les talons et l'occiput, elle soulève le milieu de son corps et forme ainsi un arc de cercle ; puis elle retombe, à de grands mouvements de latéralité et urine sous elle. La respiration est pénible, bruyante, Sal... semble s'étouffer ; l'accès terminé, elle divague et répète constamment : « Ma mère, je meurs. » Elle eut ainsi trente accès dans le courant d'une même nuit et le lendemain matin, elle était prise d'un violent accès de manie.

Vous reconnaisserez dans les attaques que je viens de vous décrire les attaques de la grande hystérie ; mais à part ces attaques et les modifications dans l'expression du délire qui, au lieu de se manifester sous la forme d'accès de peur, se manifeste sous la forme d'idées religieuses, Sal... présente, comme toutes les malades dont je vous ai parlé jusqu'ici, des hallucinations et de l'agitation maniaque. Ces deux ordres de symptômes semblent, en effet, faire partie intégrante de la période de début de l'aliénation mentale.

Parfois les accès d'agitation avec hallucinations et apeurement peuvent alterner dès le début avec des

périodes de dépression. Ainsi, une de nos malades restait déprimée pendant deux jours et agitée pendant deux autres jours.

Ce mode de début se retrouve encore chez un malade de Krafft-Ebing. La maladie, dit cet auteur, a débuté par de la stupeur alternant avec des accès d'agitation pendant lesquels « le malade parle par assonances, récite en bon allemand des passages de la Bible, fait des gestes tragiques, dit dans un grand pathos, toute sorte d'insanités, par exemple : 2 fois 2 font 12 : 18 est moins fort, etc. Quand on veut le déshabiller, il se défend en désespéré, crie d'une voix formidable, grince des dents, fait des contorsions du visage. Dès qu'on le laisse tranquille, il se lève d'un air menaçant et les poings levés, il crie : « Venez donc ici. »

Dans ce cas, il n'y aurait pas eu d'hallucinations ou tout au moins, Krafft Ebing ne les note pas.

Tel est le mode de début de la stupeur lypémaniaque de la puberté. Ce mode de début peut se résumer en quelques mots.

Dans la grande majorité des cas la stupeur lypémaniaque débute par un accès d'agitation maniaque s'accompagnant d'hallucinations et d'idées de peur ; parfois à cette fièvre s'ajoute une fièvre à caractère ataxo-adynamique.

Ceci dit, permettez-moi de revenir rapidement sur les deux principaux symptômes de cette période, particulièrement sur les hallucinations et l'agitation maniaque.

Les *hallucinations* peuvent atteindre les différents sens, mais elles affectent tout particulièrement le sens de la vue, elles peuvent même être limitées à ce seul sens.

A part un seul cas dans lequel elles revêtaient un caractère religieux, ces hallucinations ont toujours un

caractère terrifiant. Tel malade voit des individus armés de couteaux qui le poursuivent ; tel autre voit des fantômes qui veulent l'étrangler, et le jeter par les fenêtres, des souterrains, des cadavres gisant par terre et baignés dans leur sang. Tel autre voit des chats qui entourent son lit, etc., etc.

Parfois, mais rarement, je ne possède qu'une seule observation de cet ordre, c'est celle de Pa..., à ces hallucinations terrifiantes s'en ajoutent d'autres toutes différentes. Cette malade voyait des jeunes filles qui venaient pour la rassurer.

Souvent les hallucinations de la vue s'accompagnent de perversions d'autres sens, parmi lesquelles celles du goût et de l'ouïe me paraissent être les plus fréquentes. Et ces perversions ajoutent encore au caractère terrifiant des hallucinations de la vue.

Du côté du goût, les malades s'imaginent que les aliments qu'on leur présente sont empoisonnés, d'où un refus absolu d'alimentation.

Du côté de l'ouïe, ils entendent des voix qui les menacent et le plus souvent ce sont les personnages que créent les perversions de la vue qui les menacent aussi.

La sensibilité tactile peut être, elle aussi, atteinte : une de nos malades ne voulait pas se coucher parce qu'on avait mis dans son lit des poudres qui la piquaient.

Vous le voyez, les perversions sensorielles ont un grand rôle dans la période de début de la stupeur lypémaniaque, et comme elles sont intenses, comme elles existent aussi bien le jour que la nuit, comme elles ont généralement un caractère terrifiant, elles donnent une réelle intensité au délire et lui impriment une direction spéciale d'apeurement. Les malades se livrent à des actes en rapport avec leurs hallucinations. Celui-ci veut s'élancer d'un premier étage par la fenêtre pour échapper à ses perversions ; cet autre se cache sous son lit pour

fuir les individus qui le poursuivent ; cet autre encore voulant en finir avec tout ce qu'il ressent, tente de se suicider en se jetant d'une hauteur de huit mètres. Tous luttent contre les personnes qui cherchent à les calmer, et refusent de manger par crainte de poison.

Bref, grâce à ces perversions sensorielles le délire revêt une grande acuité ; et même dans les périodes de calme relatif les malades restent toujours apeurés ; aussi les voyez-vous souvent chercher à fuir leur maison et errer au loin.

Pour ce qui concerne l'*agitation maniaque* qui se retrouve généralement à la période de début de la stupeur lypémaniaque, je veux seulement attirer votre attention sur les deux particularités qui suivent :

1<sup>o</sup> Souvent pendant la période d'agitation, les malades se livrent à l'onanisme et parfois même avec fureur, exemple, Pa....

2<sup>o</sup> L'agitation maniaque n'est généralement pas continue, elle est entrecoupée par des périodes d'une durée souvent très courte pendant lesquelles le malade est affaissé, égaré, et marmotte des mots sans suite. C'est qu'en effet, le symptôme stupeur que vous allez voir plus tard se prononcer et prendre la première place, fait déjà son apparition dans les premiers moments de la maladie. C'est ainsi que Pa... nous racontait qu'elle se sentait fatiguée et souffrait extrêmement. Quand les douleurs sont ainsi assez marquées ou qu'il existe quelques perversions de la sensibilité générale, le délire peut prendre une teinte hypochondriaque.

Je ne reviendrai pas sur les autres modes de début de la stupeur lypémaniaque. Cependant, il est nécessaire que je vous fasse remarquer :

1<sup>o</sup> Que la stupeur peut-être le premier symptôme de début (observat. de Krafft-Ebing), auquel cas elle alterne avec des accès d'agitation.

2° Qu'en même temps que les troubles délirants, parfois les précédant, peuvent apparaître des manifestations hystériques très nettes, comme l'observation de Sal... en est un bel exemple.

3° Qu'au lieu d'idées d'apeurement peuvent naître des idées de grandeur, comme le prouve encore la même observation, et alors les hallucinations sont en rapport avec la modalité du délire.

Les troubles psychiques de la période de début vous étant connus, il me reste à vous parler des *troubles physiques*. Ces troubles atteignent plus particulièrement la circulation, la sensibilité, le tube digestif et l'état général.

Que la maladie s'accompagne ou non de fièvre au début, l'*état général* par suite de l'agitation et des refus d'alimentation est généralement mauvais, il se produit un épuisement rapide avec un cortège de symptômes, tels que fuliginosités des lèvres, tendance à la sécheresse de la langue, qui indiquent l'adynamie. Malgré l'apparence de vigueur que déploient les malades pendant les accès d'agitation, les *forces radicales* sont toujours atteintes. La constipation est la règle.

La *circulation* est, elle aussi, modifiée, le pouls est vite, fréquent, émotif, dépressible, les bruits du cœur sont avec ou sans bruit de souffle anémique. La face est rouge, vultueuse, pendant les périodes d'agitation, pâle au contraire, avec des plaques rougeâtres, au moment de l'affaissement. Enfin les vaso-moteurs se paralysent facilement, ainsi que le prouve la raie méningée.

La *sensibilité* est souvent intacte, mais cependant on peut rencontrer des zones d'anesthésie. Chez P..., la sensibilité était diminuée à la face interne et externe des avant-bras, et chez Sal..., il y avait une analgésie plus complète ; cette malade ne sentait pas des sangsues et des vésicatoires qu'on lui appliquait ; les sens spé-

ciaux étaient eux-mêmes atteints, l'odeur des chiffons qu'on faisait brûler sous son nez ne produisait aucune réaction.

## V

*Période d'état.* — L'agitation maniaque, que nous avons vu constituer dans la grande majorité des cas la période de début de la stupeur pubérale, dure un temps plus ou moins long, généralement plusieurs semaines, puis apparaît une nouvelle phase de la maladie, la phase de stupeur que vous connaissez déjà d'après l'observation de Pa....

La transformation de la manie en stupeur se fait généralement d'une manière progressive, et à ce sujet vous n'avez qu'à vous rappeler encore cette même observation de Pa....

Vous vous souvenez que chez cette malade l'agitation disparaît peu à peu, en même temps que la stupeur prend de plus en plus d'importance. La malade immobile ne répond pas, même stimulée, à aucune question; son regard se promène effrayé autour d'elle, ses traits sont contractés et elle marmotte quelques mots dont on ne peut comprendre le sens. Plus tard, nous racontant ce qu'elle ressentait alors, elle nous dit qu'elle était attaquée par des visions, elle voyait des fantômes qui allaient lui faire du mal, elle voyait des souterrains, des tombeaux, des cadavres, et en même temps elle ressentait une grande fatigue et des douleurs.

Puis, peu à peu les hallucinations terrifiantes s'effacent, la stupeur devient de plus en plus profonde, le regard cependant conserve toujours un vague sentiment de peur.

Parfois, l'évolution suivie par le délire se fait d'une façon différente; il se produit pendant un temps plus ou moins long des accès alternatifs d'agitation et de

dépression ; l'observation de Sal... est un exemple de cet ordre de faits. Je vous rapporte cette observation telle que je la trouve décrite dans la feuille de renseignements recueillis le jour de l'entrée de la malade à l'asile.

Vous vous rappelez que chez Sal... la période de début a été caractérisée par des hallucinations de la vue, des idées religieuses et des attaques d'hystérie suivies d'un violent accès d'agitation qui dure neuf jours.

A ce moment une nouvelle crise hystérique se produit, et Sal... tombe dans un état de stupeur profonde avec catalepsie. Pendant cinq jours, elle reste dans l'immobilité la plus complète, ne parle pas, ne veut pas manger, les membres soulevés conservent pendant très longtemps la position qu'on leur imprime ; il existe une anesthésie de la muqueuse olfactive, une analgesie notable et de l'incontinence d'urine.

Au bout de cinq jours, l'agitation reparaît et alterne pendant un mois environ avec des périodes de stupeur. Enfin, celle-ci s'établit définitivement et lorsque la malade entre à l'asile, le médecin de l'établissement porte le diagnostic de stupidité.

La *stupeur* que nous avons déjà vue poindre dès le début est donc l'aboutissant de la maladie ; elle en constitue la période d'état et par suite nous devons l'étudier de près.

Cette stupeur se reflète sur l'état physique et sur l'état psychique.

La phisyonomie, même lorsque la stupeur est très marquée, est assez souvent empreinte d'une vague expression d'apeurement ; les malades promènent lentement, comme effrayés, leur regard autour d'eux, et cela, même lorsque les hallucinations de la période de début semblent avoir complètement disparu.

Lorsque, comme chez Sal..., il n'a existé au début

ni hallucinations terrifiantes, ni idées de tristesse, le regard n'a aucune expression particulière, il est atone comme les traits eux-mêmes qui sont relâchés.

Le malade, immobile à la place où il se trouve, la tête généralement fléchie sur le cou, les membres supérieurs retombant inertes le long du corps, est sans initiative aucune. Il laisse parfois écouler sa salive hors de sa bouche; il mouille et salit sous lui et ne songerait pas à manger; il semble même qu'il n'ait pas la sensation de faim, et vous savez par l'observation de Pa..., ce qu'il faut faire pour le nourrir.

Le malade interpellé, stimulé même, ne répond pas aux questions qu'on lui pose; il sent cependant la stimulation qu'on lui fait subir, entend même, ainsi que le prouve le regard qu'il tourne vers son interlocuteur, mais la sensation semble rester à l'état brut, elle ne se transforme pas en idée.

Tout est confus dans ce cerveau, et tout y est ralenti; et en effet, dans ce cas, ainsi que je l'ai démontré ailleurs, les échanges nutritifs qui se passent au sein de la cellule nerveuse sont diminués(1).

Les *muscles* sont dans un état de relâchement. Jamais je n'ai rencontré dans la stupeur pubérale ces contractures qu'on rencontre dans certains cas de stupeur lypémaniaque et dont M<sup>me</sup> Gal..., devenue aliénée à la suite d'un accouchement, vous fournit un exemple, et, en cela, la stupeur pubérale se distinguerait de la catatonie des Allemands. Toutefois, une observation de Krafft-Ebing prouve que ces contractures peuvent exister. Mais ce qu'on peut retrouver dans la stupeur pubérale, c'est un état cataleptique. Vous vous souvenez

(1) A. Mairet. *Recherches sur l'élimination de l'acide phosphorique chez l'homme sain, l'aliéné, l'épileptique et l'hystérique*. G. Masson, 1884, p. 480.

que chez Sal..., les membres conservaient pendant long-temps les attitudes les plus diverses.

La *circulation* est, elle aussi, ralentie ; les bruits du cœur sont clairs, peu énergiques, les battements plus ou moins fréquents sont généralement rapides et le pouls est petit, dépressible et très émotif.

La circulation de retour se fait mal, les extrémités sont froides, violacées, parfois même œdémateuses ; et le refroidissement peut s'étendre plus ou moins haut, jusqu'au pli de l'aine, par exemple, pour les membres inférieurs.

La *température* est au-dessous de la moyenne, ainsi que vous le prouve le tracé thermique de Pa....

La *menstruation* est suspendue. Quand elle réapparaît, c'est un bon signe pronostique. Cette menstruation est intéressante à étudier dans ses rapports avec la température. Vous pouvez voir par le tracé thermique de Pa... que le mouvement physiologique qui aboutit à l'écoulement sanguin, pent, dans les mois qui précèdent la réapparition de cet écoulement, se marquer sur la température dont il élève le chiffre.

La *sensibilité* est très émoussée, mais non abolie, les malades sentent, mais l'état de leur système nerveux rend les réactions difficiles.

Enfin, la *nutrition générale* et la *nutrition cérébrale* sont ralenties, ainsi que je l'ai démontré par l'étude de l'élimination de l'acide phosphorique et de l'azote.

Bref, vous le voyez, tout est ralenti, dans l'état de stupeur, aussi certains symptômes que nous devons étudier maintenant, tranchent-ils davantage sur cet état.

Ce malade ainsi plongé dans la stupeur est, en effet, pris tout à coup d'accès d'agitation. Souvent tout se borne à des éclats de rire et pendant dix minutes, un

quart d'heure, vous le voyez rire ainsi, sans qu'il soit possible de savoir le pourquoi de cet acte.

D'autres fois l'agitation est plus généralisée, et alors le malade crie, répète d'une manière monotone les mêmes mots, ou mieux encore, les mêmes sons, se met à danser, et comme, malgré cette agitation, la lourdeur physique persiste, les gambades, les danses ont quelque chose de grotesque; on croirait voir danser un ours.

Dans d'autres cas, les malades se livrent à des actes ridicules : un des malades de Krafft-Ebing faisait des mouvements de natation, ou à des contorsions bizarres. Enfin, pendant ces accès d'agitation, l'aliéné peut être réellement offensif. On le voit tout d'un coup se ruer sans motif aucun sur les personnes qui l'entourent, les frapper, pour retomber ensuite dans la stupeur.

Ces accès d'agitation se produisent brusquement, ils sont en outre de peu de durée, un quart d'heure, une demi-heure, une heure, puis disparaissent, pour réapparaître quelque temps après. Ils peuvent revenir plusieurs fois par jour.

Parfois les accès d'agitation sont plus prolongés, et revêtent certaines particularités intéressantes comme dans l'observation suivante de Krafft-Ebing :

« Le malade est insomne, prêche, dit d'une façon pathétique toute sorte d'insanités : « C'est ici la maison du malheur, je ne sais pas, c'est une cochonnerie, » et par occasion parle par assonances, par exemple : « Fisch, Fischéol, Haïfisch, Stockfisch, » etc. (en allemand). Grande incohérence, paroles et lambeaux de phrases isolées. Grand trouble de la conscience. Prend ceux qui l'entourent pour le pape, des évêques; de temps à autre aussi cris au feu. D'un état mental bien défini, il ne peut être question dans ce cas, car il a présenté des moments gais et douloureux. Le malade est dans un besoin d'agir continual; il met en miettes le

contenu de sa paillasse, tourne des heures entières autour de son axe, s'arrêtant à chaque demi-tour, et criant à l'aventure un mot, tel que : « Pourquoi, causes, frère, Antoine, droite, halte, médecin militaire, non, etc. »

Chez ce malade, cet accès d'agitation dure ainsi du 14 au 19 novembre. Mais cette durée de l'agitation est relativement rare; le plus souvent elle est constituée par ces accès passagers que je vous ai indiqués.

Un symptôme encore que, pour mon compte personnel, je n'ai pas observé, pendant l'état de stupeur, mais que signale M. Krafft-Ebing, c'est l'onanisme : un de ses malades se livrait sans mesure à la masturbation, même devant les autres, et cherchait à s'introduire des corps étrangers dans l'urètre.

## VI

*Évolution de la maladie.* — La période de stupeur, qui constitue réellement la période d'état de la maladie, peut durer plus ou moins longtemps, depuis quelques semaines à plusieurs mois; chez Pa... cette période a duré sept mois environ, chez Cla... six mois, chez C... six semaines.

On ne peut donc fixer aucune règle pour la durée de la période de stupeur.

Après cette période que devient la maladie ?

Elle peut s'acheminer vers la guérison, sans secousse aucune, par une disparition progressive de la stupeur. Voici comment nous libellions à propos de la sortie de Cla... la marche suivie par la maladie : « Depuis deux mois environ, il s'est manifesté une tendance croissante à la guérison; l'intelligence de Cla... s'est réveillée peu à peu, la malade a pu alors coordonner ses idées, se reconnaître, et la guérison s'est établie ainsi d'une manière progressive. »

Chez d'autres malades, comme c'est le cas chez Pa..., la stupeur disparaît bien aussi progressivement, mais, en même temps, apparaît une légère surexcitation maniaque et, pendant quelque jours, les malades restent surexcités, taquins.

Et remarquez qu'en même temps que se produit cette amélioration psychique, se produit corrélativement une amélioration physique. L'embonpoint revient, la physionomie s'éclairent, le malade prend un air de santé, et chez la femme la menstruation réapparaît, restant encore parfois irrégulière, ainsi que le prouve l'observation de Pa... Souvent même, chez la femme, l'amélioration psychique est en rapport intime avec le retour de la menstruation, retour qui d'ailleurs, vous le savez, est l'expression de l'amélioration de la nutrition générale.

La terminaison par la guérison est le fait le plus ordinaire dans la stupeur pubérale, elle s'est réalisée six fois chez les sept malades que j'ai observés; les deux malades dont l'histoire a été rapportée par Krafft-Ebing ont aussi guéri; dans une observation de Schüle, au contraire, la maladie aurait abouti à la démence.

Il ne m'a encore été donné de suivre d'une manière complète l'évolution de la stupeur pubérale aboutissant à la démence. — Sal... était déjà démente lorsque j'ai pu l'observer à l'asile. Et comme Schüle signale simplement l'existence à un moment donné chez son malade de la démence, la marche de la stupeur pubérale vers cette terminaison reste encore à faire.

Je vous ferai remarquer seulement l'existence chez Sal..., pendant la démence, d'accès d'agitation offensive. Sal... se jette encore à certains moments sur les autres malades qu'elle frappe, et en dehors même des accès d'agitation, cette malade est méchante, et facilement offensive. Et cependant chez cette femme la démence

est profonde et nettement établie depuis plus de vingt ans.

## VII

*Pronostic.* — Ce que je viens de vous dire de la marche suivie par la stupeur lypémaniaque suffit pour établir le pronostic. Celui-ci est relativement bénin ; dans la très grande majorité des cas, la maladie aboutit à la guérison.

*Diagnostic.* — Il est inutile que j'insiste sur le diagnostic de la stupeur lypémaniaque. Il est impossible, en effet, à l'âge de la puberté de la confondre avec une autre forme d'aliénation mentale. Si chez l'adulte atteint de cette forme d'aliénation, on peut se demander si on n'est pas en présence d'une stupeur organique, il n'en est pas ainsi chez le pubère, les lésions organiques qui peuvent donner lieu à la stupeur étant absolument exceptionnelles à cet âge.

Et comme je vous ai dit que la stupeur lypémaniaque survenant à l'époque de la puberté était toujours d'origine pubérale, je n'ai pas plus à insister sur le diagnostic pathogénique que sur le diagnostic nosologique.

Je veux seulement attirer votre attention sur une particularité de la stupeur pubérale, sur ces accès passagers d'agitation, consistant en rires, en sauts divers, qui détonnent brusquement au milieu de la stupeur la plus profonde. Ces accès me paraissent propres à la stupeur pubérale ; ils ne se retrouvent pas dans la stupeur qui survient à un autre âge. Certes, on peut rencontrer chez l'adulte atteint de stupeur lypémaniaque, des accès d'agitation alternant avec la stupeur, mais ils n'ont pas ces caractères de brusquerie et de brièveté des accès pubéraux.

Mais il faut le reconnaître, à part l'acuité du début

qui est généralement plus intense dans la stupeur de la puberté que dans la stupeur de l'adulte, à part ce fait que la dénutrition est aussi plus rapide, il n'y a pas d'autres symptômes qui permettent de distinguer la stupeur hypémaniaque de l'adolescence de la stupeur hypémaniaque survenant à un autre âge.

Quant au *traitement*, nous l'étudierons lorsque nous aurons étudié les différentes formes de la folie de la puberté.

---

---

---

# SYPHILIS CÉRÉBRALE

## CHEZ UN HÉRÉDITAIRE DÉGÉNÉRÉ

LÉSIONS MÉNINGITIQUES PRÉDOMINANTES  
AVEC NÉOPLASMES MULTIPLES  
SIGNES DIFFÉRENTIELS D'AVEC LA PARALYSIE GÉNÉRALE

---

### OBSERVATION RECUEILLIE

Par le Dr J. RAMADIER,  
Médecin adjoint de l'asile de Vaucluse,

et J. BARAZER,  
Interne du service.

---

OBSERVATION.— C..., âgé de quarante-sept ans, est entré à l'asile de Vaucluse en novembre 1887.

Sa mère s'est suicidée, nous ne savons dans quelles circonstances ; à ce fait seul se bornent les renseignements au point de vue de l'hérédité.

Notre malade était un garçon très intelligent. Au collège, il avait remporté de nombreux succès : en rhétorique, il était lauréat au concours général et, un an après, il passait brillamment ses deux baccalauréats. N'ayant pas de fortune, il est obligé pour vivre de se placer comme commis dans une grande maison de commerce. Il se fait bientôt remarquer et ne tarde pas à devenir un des principaux employés. A vingt-cinq ans, il se marie. Époux modèle, sobre, rangé, tant qu'il reste à la maison, il est méconnaissable lorsque les affaires commerciales l'appellent loin du domicile conjugal, se livre alors à toutes sortes d'orgies. Aussi dans le cours d'un de ses voyages con-

tracte-t-il la syphilis, il avait trente ans environ à cette époque. Il en fut tout d'abord très affecté, d'autant plus qu'il avait contaminé sa femme à son retour ; il consulta différents médecins, entre autres le Dr Fournier, et suivit pendant quelque temps un traitement mercuriel. Mais les accidents s'étant bornés à un chancre, quelques plaques muqueuses et une roséole légère, il ne s'en tourmenta bientôt plus et négligea tout traitement.

A part cet accident, jusqu'à l'âge de quarante ans, tout sourit à notre malade qui, à cette époque, grâce à diverses combinaisons industrielles, se trouvait à la tête d'une fortune considérable.

Enhardi par le succès, très infatué de sa personne, il croit qu'il peut arriver à tout et son ambition ne connaît plus de bornes. Il se lance dans des entreprises hasardées, expose tout son avoir dans une spéculation sur les engrâis. Ses affaires tournent mal, en quelques mois il arrive à une ruine complète. Il en est bientôt réduit pour vivre à solliciter une petite place d'expéditionnaire qu'il obtient à grand'peine. A part le temps qu'il consacre à cet emploi, il travaille chez lui, nuit et jour, pour se créer d'autres ressources et soutient en même temps de nombreux procès provoqués par la liquidation de ses affaires commerciales. Il mène ce genre de vie jusqu'en février 1885, époque à laquelle il tombe en montant sur un escabeau, se fracture deux côtes et se contusionne la tête. Cette chute a-t-elle été occasionnée par un vertige, ou C... a-t-il fait simplement un faux pas ? Nous n'en savons rien. Le tout est, qu'à partir de ce jour, il est un peu sourd et perd à certains moments le souvenir de ce qu'il veut dire. Il répète parfois les paroles qu'il vient de prononcer, ou s'arrête au milieu d'une phrase et s'écrie : « Tiens, qu'est-ce que je voulais donc dire ? » Son ardeur pour le travail se ralentit et il finit même par cesser toute occupation.

Nous devons signaler encore chez C..., à cette époque, l'apparition de violentes céphalalgies avec exacerbation nocturne et une excitation génitale insolite.

Dans la nuit du 14 au 15 novembre 1887, notre malade a une attaque épileptiforme. Il s'agit dans son lit, à des mouvements convulsifs plus accentués du côté droit. Il veut parler, mais ne peut que bredouiller, émettre des sons inarticulés. On aurait dit, c'est l'expression même dont s'est servie sa femme, qu'il parlait une langue étrangère. Le lendemain il présentait de la faiblesse du côté droit, était agité, entrainait dans de violentes colères et s'exprimait encore d'une façon presque incom-

préhensible. Sur les conseils d'un médecin, on le conduit à la préfecture de police (1).

M. le Dr Legras, qui l'examine, formule ainsi son certificat : « Paralysie générale, débilité mentale, troubles de la parole, incohérence des idées et des actes, accès de fureur, divagations, attitude enfantine, incapable de fournir aucun renseignement. » 18 novembre 1887.

On l'envoie à Sainte-Anne. M. le Dr Magnan le déclare « atteint de paralysie générale avec excitation et incohérence, hésitation de la parole. » 19 novembre 1887.

De Sainte-Anne, il est transféré à Vaucluse. Voici la copie des deux certificats, immédiat et de quinzaine, délivrés par M. le Dr Brusque : « Affaiblissement des facultés intellectuelles, état de satisfaction personnelle avec inconscience de sa situation. Hésitation de la parole, inégalité pupillaire, troubles de la motilité. Tranquille. » 27 novembre 1887.

« Même état d'affaiblissement des facultés intellectuelles, idées de satisfaction, conscience incomplète de sa situation. La mère s'est suicidée. A maintenir. » 12 décembre 1887.

A partir du mois d'avril 1888 nous observons nous-même le malade. Nous constatons les stigmates physiques suivants : plagiocéphalie, asymétrie faciale, implantation vicieuse des dents, mais pas très accentuée, oreilles grandes, écartées de la tête, mal ourlées, à lobules inférieurs soudés.

À cette époque nous ne trouvons déjà plus ni inégalité pupillaire, ni embarras de la parole, ni tremblement des lèvres et de la langue. L'écriture n'est pas du tout tremblée et dans les nombreuses lettres qu'il écrit il n'y a ni mots, ni syllabes oubliées.

Au point de vue mental, C... est d'un caractère excessivement variable, la moindre contrariété le met hors de lui. Il réclame sans cesse, entre dans des colères violentes, mais de courte durée, un rien suffit pour les calmer. Très exalté et très orgueilleux, il caresse mille projets ambitieux. Aussitôt sorti, il va monter une raffinerie de sucre, se lancer dans de grandes entreprises commerciales, etc.; il se croit sûr de la fortune, les plus hautes situations lui sont ouvertes. Il expose ses

(1) Tous les renseignements que nous venons de donner sur notre malade ont été fournis par sa femme, personne très intelligente.

plans à ses compagnons, se lie intimement avec ceux qui partagent ses idées et traite les autres avec un certain mépris. Il expédie lettre sur lettre aux députés et sénateurs de son pays pour leur demander de l'argent, il a aidé à leur élection, il est de toute justice qu'ils le tirent d'embarras. Il écrit aussi à différents grands personnages pour leur exposer ses projets et solliciter leur concours. Ces différentes lettres sont d'une correction parfaite, très bien rédigées, les idées qui y sont exprimées ne paraissent déraisonnables que par leur exagération. Ce qui frappe encore chez notre malade, c'est l'inconscience de sa situation. Il ne se rend nul compte de la position précaire de sa femme qui est sans ressources. Il lui demande une foule d'objets très chers et qui ne peuvent souvent lui être daucune utilité. Reçoit-il quelque argent? Il fait immédiatement des achats excessifs de tabac, de chocolat et autres friandises qu'il distribue à ses camarades.

Il présente un léger affaiblissement de la mémoire et accuse de fréquents maux de tête.

Aucun changement ne s'est produit dans l'état mental de C... depuis l'époque où nous l'avons observé pour la première fois jusqu'à sa mort, survenue le 22 juin. Ce jour-là, vers trois heures de l'après-midi, il fut pris en travaillant au jardin d'accès épileptiformes subintrants avec perte de connaissance, mousse ensanglantée, contractions toniques et cloniques prédominant du côté droit. Il succombe à la fin du troisième accès.

*Autopsie.* — A l'autopsie pratiquée vingt-quatre heures après la mort, nous avons constaté les lésions suivantes : la voûte crânienne est entièrement épaisse dans tous les points — plus de un centimètre en arrière — le tissu osseux est dur, dense, éburné, compact. L'épaississement est très irrégulier. On observe des flots nombreux d'ostéite condensante à côté d'ilots d'ostéite raréfiante. La transparence est disparue, sauf en un point qui correspond à l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs de la suture pariéto-frontale gauche. En ce point le tissu du pariétal est profondément érodé, évidé comme à l'emporte-pièce; il y a une sorte de trou de 1/2 cent. de profondeur, presque une perforation de la voûte du crâne, il s'en faut d'un millimètre à peine. — Un autre amincissement, mais moins considérable, s'observe à 4 centimètres du précédent en arrière. Sur la face interne du frontal et du pariétal gauches on aperçoit cinq ulcération rugueuses, anfractueuses, creusées dans l'épaisseur du diploé et traversées en tous sens par des

lames de tissu compact éburné. Deux semblables lésions s'observent sur le frontal droit.

Correspondant à la grosse anfractuosité décrite plus haut, on aperçoit sur la dure-mère, qui en ce point est ulcérée, une petite tumeur molasse, blanc-jaunâtre, ressemblant à un champignon ou à une boulette du tissu graisseux. Cette tumeur a environ les dimensions d'une pièce de 0 fr. 20 cent., elle adhère entièrement à la pie-mère qui est épaisse, correspond à la partie tout à fait supérieure de la scissure de Rolando et s'appuie sur la partie supérieure de la frontale ascendante. Elle s'accompagne d'une quantité d'autres que l'on pourrait comparer dans leur ensemble à un multiple dépôt de larves déposées par une mouche. Elles siègent respectivement : sur l'hémisphère gauche, à la partie moyenne de la deuxième frontale, à la partie la plus élevée de la pariétale supérieure, au niveau du lobule du pli courbe, enfin un petit îlot à la partie la plus antérieure de la première frontale ; sur l'hémisphère droit, au milieu de la deuxième frontale ascendante et enfin, en arrière, sur le lobe occipital. Toutes ces petites tumeurs qui ont l'aspect du gliome correspondent exactement aux petits foyers inflammatoires décrits sur la face interne du crâne.

La dure-mère est épaisse dans tous ses points.

La pie-mère est également épaisse, opalescente, visiblement le siège d'un processus inflammatoire lent et chronique.

A l'ouverture de l'arachnoïde il s'écoule des ventricules latéraux deux cuillerées à bouche environ de liquide.

Malgré l'épaisseur et l'inflammation de la pie-mère, il n'y a pas d'adhérences entre elles et les hémisphères cérébraux qui sont absolument sains. Pas de traces de granulations sur l'épendyme ventriculaire. L'hémisphère droit pèse 670 grammes, le gauche 660 grammes. Le cervelet et le bulbe pèsent 200 grammes ; ils n'offrent rien à signaler.

Les poumons sont congestionnés, surtout le droit.

Le cœur est hypertrophié, l'endocarde extrêmement hyperémie, la valvule mitrale est épaisse. Il y a du liquide épanché dans le péricarde.

Les vaisseaux n'offrent pas de lésions.

Les reins sont hypertrophiés et présentent l'aspect de gros reins blancs.

La rate est molle, diffluente.

Sur la face interne du tibia gauche on trouve le périoste épais et un commencement d'exostose.

RÉFLEXIONS. — Les lésions constatées à l'autopsie, telles que l'ostéite condensante à côté d'ilots d'ostéite raréfiantes observée sur la voute crânienne, l'épaississement des méninges, les néoplasmes multiples siégeant sur la dure-mère, etc., établissent *par leur ensemble*, bien que l'examen histologique n'ait pas été fait, le diagnostic de syphilis du cerveau qui est confirmé encore par la connaissance des antécédents spécifiques (chancre diagnostiqué par Fournier, contamination de la femme, plaques muqueuses, roséole, céphalées, exostose du tibia).

L'erreur commise par les médecins qui ont examiné C... et qui ont cru avoir affaire à un cas de paralysie générale, s'explique par l'absence de renseignements et surtout par le moment où ils ont pratiqué leur examen. Il est, en effet, à peu près impossible, comme le disait M. Motet à la Société médico-psychologique (1), de porter un diagnostic lorsque le malade vient d'être frappé d'un ictus épileptiforme.

A part ce moment, le diagnostic différentiel était possible en se basant sur l'absence de la démence, de la désorganisation en bloc de toutes les facultés psychiques, seul vrai signe pathognomonique de la paralysie générale.

Plusieurs autres considérations militaient en faveur de la syphilis du cerveau. Chez les paralytiques généraux les troubles de la parole consistent d'abord en une légère hésitation, quelques accrocs, puis l'incoordination s'accentue, le malade répète la même syllabe ou entremêle deux syllabes voisines, progressivement il arrive à bredouiller et à s'exprimer d'une façon presque incompréhensible. Dans le cas qui nous occupe, au contraire, la parole est *d'emblée* inintelligible, c'est une vé-

---

(1) Séance du 30 juillet 1883.

ritable *aphasie*, « on aurait dit, nous raconte la femme de C..., qu'il parlait une langue étrangère, » puis au bout de quelque temps on n'observe plus le moindre embarras, la moindre hésitation.

L'inégalité pupillaire et les troubles de la motilité n'ont eu qu'un temps aussi.

Les seuls points pouvant faire naître quelques doutes dans l'esprit étaient : l'exaltation fonctionnelle observée chez C..., qui rappelle la période de dynamie au début de la paralysie générale décrite par Régis (1), les idées de grandeur et de richesse qui, d'après Fournier (2), sont rares dans la syphilis du cerveau. Mais l'exaltation et la suractivité intellectuelle, ainsi que les bouffées délirantes ambitieuses, trouvent une raison d'être toute naturelle dans l'état de dégénérescence mentale de C..., état bien établi par les stigmates physiques signalés chez lui et surtout par les anomalies de son état mental, le manque d'équilibre de ses facultés, les qualités brillantes à côté de déficiences accentuées, etc.

Cet état de dégénérescence dont nous parlons, qui fait du cerveau un *locus minoris resistentiae*, pourrait être invoqué, ainsi que les travaux intellectuels excessifs auxquels s'était livré notre malade, pour expliquer chez lui la localisation cérébrale de la syphilis.

---

(1) *De la dynamie dans la paralysie générale*, in *Annales médico-psychologiques*, 1879.

(2) *La syphilis du cerveau*, 1879.

## Archives cliniques.

---

29.

ASILE DE VILLE-ÉVRARD. — M. LE DR PH. REY,  
MÉDECIN-ADJOINT

**Symptômes de paralysie générale chez un alcoolique; aucune lésion de la paralysie générale à l'autopsie (!).**

**SOMMAIRE.** — Homme, cinquante-cinq ans. — Excès alcooliques habituels, plus fréquents depuis quelques mois. — Accès maniaque récent. — Délire violent. — Affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire; idées de satisfaction, de richesses et de grandeur. — Inégalité pupillaire; tremblement de la langue et des mains. — Dyspnée. — Accès de suffocation. — Mort.

*Autopsie.* — Lésions pulmonaires et de la crosse de l'aorte. — Anévrisme. — Aucune lésion de la paralysie générale.

P... (Mathieu), âgé de cinquante-cinq ans, marchand de vin et brocanteur, entre le 7 juillet 1882 à l'asile de Ville-Évrard, avec les certificats suivants :

1<sup>er</sup> juillet 1882. — Délire maniaque, excitation intellectuelle violente, idées très confuses, propos incohérents, insomnie, incapacité de travailler, extravagances, habitudes alcooliques probables. (*Signé : Legrand du Saulle.*)

---

(1) Un résumé de cette observation a été publié par M. Bail-larger, dans son travail *Sur la théorie de la paralysie générale*. (V. *Ann. méd.-psych.*, 1883, t. IX, p. 205); mais, à cause de l'intérêt qu'elle présente, nous croyons devoir la publier intégralement. (N. D. L. R.)

2 juillet. — Léger affaiblissement intellectuel avec excitation, idées confuses de persécution ; contusions sur les bras. (*Signé : Magnan.*)

Le certificat d'entrée de M. Espiau de Lamaëstre note principalement la démence et la diminution de la mémoire.

Dès son entrée, le malade est placé à l'infirmerie. Il a de la dyspnée. À l'auscultation, nous trouvons des râles ronflants et sibilants dans toute l'étendue de la poitrine. L'auscultation du cœur est rendue très difficile : les bruits sont lointains. Le pouls est faible ; l'artère radiale est dure et flexueuse, pas de fièvre. Nous notons encore du tremblement de la langue et des mains, de l'inégalité pupillaire (pupille droite un peu plus large), la parole est entrecoupée ; pas d'embarras appréciable dans l'articulation des mots.

P... n'a aucun souvenir de l'accès qui a nécessité sa séquestration ; il ne sait pas depuis combien de temps il a quitté sa maison ; il hésite sur le mois et sur l'année ; il ne se rend que très incomplètement compte de son état.

La famille du malade a mis la plus mauvaise volonté à nous fournir des renseignements, mais nous avons pu savoir, par des voisins, que P... faisait depuis longtemps de nombreux excès de boissons ; il a été vu souvent en état d'ivresse et surtout dans ces derniers temps. Il y a trois mois environ, on avait remarqué qu'il crachait du sang. Peu de temps avant sa séquestration, P... était extravagant ; il négligeait ses occupations ; enfin, il était devenu violent, et il brisait sa vaisselle.

Depuis son entrée, le malade est quelquefois excité. Il se plaint, sans raison aucune, qu'on ne le soigne pas, qu'on lui refuse sa nourriture, et qu'on lui fait des misères. Ses plaintes sont du reste peu incohérentes. D'autres fois, P... est très satisfait. Il exprime sa re-

## 236 ASILE DE VILLE-ÉVRARD.— DR REY, MÉDECIN-ADJOINT

connaissance pour les bons soins qu'il reçoit, il nous promet de hautes récompenses. L'observation de quinzaine prise par M. Guyard, interne du service, note particulièrement des idées de satisfaction, des idées de richesses et de grandeur. Le malade dit que tout le monde l'aime; il est prince de l'Europe, il a des millions qu'il a gagnés en quinze jours; à sa sortie on entendra parler de lui, il fera augmenter le salaire des ouvriers. C'est surtout dans les périodes de calme que le malade se montre plus expansif et qu'il expose ses rêves de fortune et ses projets grandioses.

La nuit, il dort peu; quelquefois pas du tout. Pendant ses insomnies il ne cesse de parler, et il est alors nécessaire de l'isoler des autres malades dont il trouble le repos.

La dyspnée est persistante; le traitement employé (révulsifs, kermès et digitale, bromure de potassium, avec un régime spécial) est sans effet. Le 29 juillet, un accès de suffocation emporte le malade.

*Autopsie pratiquée le 31 au matin, avec MM. Guyard et Manière, internes du service.*

Rien au crâne, extérieurement. A la face postérieure du frontal, de chaque côté de la ligne médiane, il existe plusieurs végétations rugueuses avec adhérence de la dure-mère. Cette membrane est saine dans le reste de son étendue et sur les deux faces. *Les méninges cérébrales présentent à peine une légère teinte opalescente, sur le trajet des vaisseaux; elles sont transparentes partout ailleurs. Pas la moindre adhérence avec la couche corticale; la coloration, l'épaisseur et la consistance de la substance grise sont normales, pas de granulation dans les ventricules latéraux, ni dans le quatrième ventricule.* A la coupe, on ne trouve qu'un léger degré de ramollissement de la substance blanche qui limite les

cavités ancyroïdes. Rien au cervelet, ni au bulbe. Les artères de la base sont athéromateuses.

Poids de l'encéphale avec les méninges. . . . 1370 gr.  
— du cervelet et bulbe. . . . . 177 »

La poitrine étant ouverte, la manœuvre pour détacher les organes thoraciques détermine l'issu d'un flot de sang noir et de quelques caillots fibrineux larges et aplatis. Nous trouvons des fragments fibrineux adhérents au sommet droit et en dedans de la cage thoracique, et sur la partie correspondante de la trachée.

Le poumon droit porte à son sommet et un peu en dedans une cavité remplie de caillots fibrineux stratifiés qu'on détache facilement; la paroi de la cavité est lisse; tout autour, et dans une zone de 2 centimètres environ, le tissu pulmonaire est très induré. Le poumon droit, dans le reste de son étendue, et le poumon gauche sont petits, noirâtres et flasques; le tissu en est compact, splénisé. Il existe deux ou trois molécules à l'état crétacé à la surface du lobe moyen du poumon droit.

Du côté des vaisseaux, nous trouvons une portion de la crosse de l'aorte et le tronc brachio-céphalique couverts de débris fibrineux. La crosse de l'aorte est très dilatée, sa paroi interne est complètement envahie par des plaques athéromateuses qui lui donnent un aspect chagriné; sur plusieurs points, on voit des ulcération et deux petites perforations à l'emporte-pièce, d'environ 2 ou 3 millimètres de diamètre. Près du tronc brachio-céphalique, il existe un diverticulum pouvant admettre la première phalange de l'index. Cette poche paraît formée uniquement par la membrane cellulaire de l'aorte.

Le cœur est volumineux, mon et surchargé de graisse. Il pèse 410 grammes. Les valvules sont couvertes d'athéromes.

Le foie pèse 1360 grammes, sa surface est jaune et

238 ASILE DE VILLE-ÉVRARD. — D<sup>r</sup> REY, MÉDECIN-ADJOINT  
granuleuse dans toute son étendue. Le tissu est très résistant.

La rate est considérablement hypertrophiée, son poids est de 490 grammes.

Les reins paraissent normaux.

*Remarques.* — L'athérome artériel a été manifestement la cause des troubles que nous avons observés du côté de la respiration et de la circulation, et le point de départ des lésions que nous venons de décrire; les lésions sont bien les plus complètes, croyons-nous, qu'on puisse rencontrer dans l'alcoolisme chronique, tout au moins celles de l'appareil circulatoire. Nous ne savons si l'anévrisme est une complication fréquente de l'athérome de l'aorte. Quoi qu'il en soit, notre fait est très intéressant, et méritait d'être rapporté. Quant à la nature de ces deux anévrismes, l'un plus volumineux est évidemment un anévrisme faux, car nous n'avons pas trouvé de sac constitué par les tuniques de l'artère ; l'autre un anévrisme mixte.

---

---

## 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),  
Membre correspondant de la Société médico-psychologique.

(Suite et fin.)

---

### OBSERVATION IX.

SOMMAIRE : Perr... (Jean-Joseph), marié, soixante-huit ans, séquestré à l'asile depuis 1879 à la suite d'un meurtre (fils imbécile décédé à l'asile et séquestré, ayant été complice du meurtre commis par le père; délire à deux). Hallucinations constantes de l'ouïe, se figure être tourmenté continuellement par le diable, entend ses menaces de toute nature, nuit et jour, et le repousse avec force gestes en lui criant « voleur, canaille ». Fait pendant le jour le simulacre de le faire rentrer sous terre et frappe du pied ensuite. Très irritable, air menaçant.  
5 doses massives journalières croissantes (maxima 5 grammes).

25 septembre.— A 6 h. 1/4 administration de 2 grammes de sulfonal. Couché à 7 1/2, il s'endort à 9 heures, se lève à 11 heures, se tient sans mot dire au pied de son lit pendant quelques minutes, puis se recouche et s'endort. On constate encore son sommeil à 2 heures et on l'éveille à 5 heures. (Ce malade, isolé ordinairement en cellule pour la nuit, a couché à l'infirmérie où une observation plus rigoureuse est possible.)

*26 septembre.* — Ce malade, inabordable d'habitude, se laisse questionner et dit qu'il a bien dormi dans son nouveau logement. Pendant la journée, a fait les mêmes gestes et injurié son persécuteur habituel; appétit normal. 2 grammes de sulfonal sont donnés à 6 h. 1/4; s'endort à 8 heures, une heure après le coucher, jusqu'à 11 heures, se lève alors pour uriner, se recouche sans bruit, dort de nouveau tranquillement. On le fait lever à 5 heures.

*27 septembre.* — Journée, occupé une grande partie à chasser le diable. Soir, 3 grammes sulfonal; s'endort à 8 heures jusqu'à 1 h. 1/2, se tient ensuite éveillé, mais calme, dormait de nouveau à 4 heures. Réveil spontané à 5 heures.

*28 septembre.* — Journée, répond volontiers à la visite, dit qu'il se trouve très bien ; presque aussi bruyant que de coutume ; à 6 h. 1/2 4 grammes sulfonal. Couché à 7 h. 1/4, s'endort de 8 h. à minuit, se lève alors pour uriner (l'âge du malade doit être pris en considération relativement à la fréquence des mictions), regagne son lit et s'endort encore pour s'éveiller seulement à 5 heures.

*29 septembre.* — Le matin à la visite, ce malade se tient accoudé sur un appui de fenêtre, dans un état de somnolence, évite de répondre aux questions et garde cette attitude jusqu'au déjeuner (11 heures); s'est remis à gesticuler dans l'après-midi selon sa coutume. A 6 h. 1/4, on donne 5 grammes de sulfonal. Couché à 7 h. 1/2, à 8 h. 1/2, 11 h. 1/2, 1 h. 1/2, 2 h. 1/4 son sommeil est constaté par le veilleur, qui le trouve en état de veille à 4 heures seulement. Se tient tranquille, finit par se rendormir et ne s'éveille qu'à 5 heures, à cause du bruit de la salle.

*30 septembre.* — A la visite du matin, il garde la même attitude que la veille, sa somnolence dure encore jusqu'à l'heure du déjeuner ; dans l'après-midi, a été moins criard, on ne l'a entendu que deux fois s'emporter et chasser le diable. Pas de sulfonal. Couché à 7 h. 1/4, s'endort une heure après, jusqu'à minuit, se lève pour aller à la chaise ; insomnie jusqu'à 2 h. 1/2 sans agitation ; se lève une seconde fois pour le même motif — est trouvé endormi vers 4 heures, à 9 heures on l'appelle deux fois, pour qu'il se lève.

*1<sup>er</sup> octobre.* — Pas de somnolence le matin, parle volontiers, mais s'irriterait facilement ; le reste de la journée s'est passé à crier et à gesticuler, comme d'ordinaire. Pas de sulfonal au repas du soir. Couché à 7 h. 1/4, s'endort de 9 h. à 11 h., se

## SON EMPLOI COMME HYPNOTIQUE CHEZ LES ALIÉNÉS 241

lève à 11 h. 1/2, pour uriner. Nouveau sommeil de minuit à 3 heures, se lève à 5 heures.

*2 octobre.* — Est revenu dans la journée à son état habituel; on le met coucher en cellule où le gardien l'entend à plusieurs reprises vociférer contre le diable.

**RÉSULTATS.** — Effet somnifère se produisant en moyenne 2 heures après la dose, d'une durée ininterrompue de 7 heures avec 5 grammes; diurèse et somnolence consécutives; calme relatif intercalaire; excellent effet somnifère du médicament.

## OBSERVATION X.

**SOMMAIRE :** Val... (Marie), femme Bert..., quarante-sept ans, ménagère. — En traitement depuis 1880. — Lypémanie avec hallucinations. — Actuellement en voie de démence. — Cause seule nuit et jour, sous l'influence d'hallucinations de la vue et de l'ouïe. — Entend et voit des personnes de sa famille qu'elle injurie et à qui elle cherche à donner des coups. — Frappe dans ses mains; incohérence des propos.  
Quatre doses massives quotidiennes et égales pendant trois jours, augmentées le quatrième d'un tiers (maxima 4 grammes).

*26 septembre.* — Au repas du soir 6 h. 1/4, 2 grammes sulfonal. Couchée à 7 h. 1/4, n'a pas dormi, a causé seule; à minuit a vomi son repas; un peu de repos à partir de 3 heures du matin. Ne paraît pas souffrante au réveil.

*27 septembre.* — Le vomissement ne pouvant être encore attribué au sulfonal, mais plutôt être mis sur le compte de l'alimentation de la veille (1/2 salade, 1/2 carottes); on prescrit un régime particulier, en dehors du régime commun et une même dose de sulfonal, pour le soir, qui est prise à 6 h. 1/4. Couchée à 7 h., elle vomit une partie de son repas à 8 heures et s'endort seulement de 11 h. à 2 h.; vomit une seconde fois et parvient à s'endormir encore de 3 h. à 4 h. 1/2; réveil spontané.

*28 septembre.* — Paraît un peu abattue à la visite; elle a bien mangé dans la journée, a paru faire moins de gestes, elle a peu parlé (a parfois des alternatives de calme et d'agitation). Prend à 6 h. 1/4 2 grammes sulfonal; sommeil de 8 h. à 2 h. du matin; vomit ses aliments comme les nuits antérieures, se rendort de 3 h. à 5 h.; réveil spontané.

*29 septembre.* — Est un peu assoupie à la visite, a encore des moments de somnolence dans la journée; appétit ordinaire; calme pendant le jour. Prend à 6 h. 1/4 3 grammes sulfonal,

vomit à 8 heures tout son dîner, dort de 9 h. à 10 h.; insomnie d'une heure et demie, puis sommeil jusqu'à 1 heure. Nouvelle interruption de sommeil jusqu'à 2 heures; reprise du sommeil de 2 h. à 5 h., elle a été calme pendant les moments où elle ne dormait pas.

*30 septembre.* — On note de la tendance au sommeil dans la journée et on remarque qu'elle ne frappe pas dans ses mains, ce qu'elle ne manque jamais de faire; mange bien aux deux repas. Pas de sulfonal, pas de vomissement; s'endort de 10 h. à 11 h.; réveil d'une demi-heure; finit par s'endormir jusqu'à 4 h. 1/2, ne dort plus jusqu'à l'heure du lever, 6 h.

*1<sup>er</sup> octobre.* — Revenue à son état normal, frappe des mains la journée, a parlé haut, une bonne partie du temps, la nuit.

*2 octobre.* — État habituel; sommeil entrecoupé de monologues bruyants, elle est dans le même état qu'avant l'essai du sulfonal.

**RÉSULTATS.** — Vomissements sous la dépendance du sulfonal et se produisant à chaque dose, même plusieurs fois; cessation des vomissements avec la cessation du sulfonal. Effet somnifère nocturne non douteux, mais moins significatif.

#### OBSERVATION XI.

SOMMAIRE : Pel... (Jeanne), femme Pén..., quarante-neuf ans, sans profession. — En traitement depuis le 3 juin 1880. — Manie chronique; agitation constante; cause seule la journée et la nuit. — Pas un instant de calme. — Insomnie. Quatre doses de sulfonal massives et quotidiennes pendant quatre jours, égales pendant trois jours, augmentation du quart le 4<sup>me</sup> jour.

*26 septembre.* — A 6 h. 1/4, 2 grammes sulfonal. Couchée à 7 h., s'endort de 9 h. à 5 h. du matin sans interruption. Réveil spontané.

*27 septembre.* — Les allures sont les mêmes à la visite du matin et dans la journée. Prescription, 2 grammes sulfonal pour le soir; la dose est prise à 6 h. 1/4. Coucher à 7 h. 1/2; sommeil interrompu de 8 h. à 1 h. du matin; s'éveille alors et vomit ses aliments, s'endort de nouveau de 1 h. 1/2 à 6 h. La fille de service a été obligée de la secouer un peu pour la faire lever. (Cet effet peut tenir au vomissement.)

*28 septembre.* — Est restée assise sur un banc, contre son habitude, dans la matinée, paraissant avoir besoin de repos; à la

visite, se plaint spontanément d'avoir été indisposée la nuit, à cause de la poudre prise la veille; présente un peu moins de loquacité dans la journée; moments de somnolence. 2 grammes de sulfonal à 6 h. 1/4, s'endort de 7 h. 1/2 à 1 h. du matin; réveil d'une demi-heure, reste calme. Nouveau sommeil de 1 h. 1/2 à 6 h. du matin; on est obligé de l'éveiller pour qu'elle se lève.

*29 septembre.* — Un peu somnolente dans la matinée, plus calme dans l'après-midi. Prend à 6 h. 1/2 3 grammes de sulfonal; dort sans interruption de 7 h. 1/2 à 5 h. 1/2 du matin. Son réveil est occasionné par le bruit des autres malades déjà debout.

*30 septembre.* — Matinée, pas de somnolence; se montre aussi loquace que d'habitude; appétit égal, ne se plaint pas du médicament, qui est suspendu néanmoins. Coucher 7 h. 1/4; s'endort de 8 h. à 10 h.; insomnie de 10 h. à 2 h. avec loquacité; sommeil de 2 h. à 5 h.; réveil spontané.

*1<sup>er</sup> octobre.* — La loquacité est revenue et, dans la journée, est aussi bruyante qu'avant le sulfonal. Couchée à l'heure de la veille, elle ne s'endort pas avant 10 heures; pas de bruit dans le reste de la nuit, à 4 h. du matin se met à causer.

*2 octobre.* — Est revenue à son état habituel, ne dort pas la nuit d'une façon régulière, sommeille par intervalles et cause le reste du temps, comme elle le faisait autrefois.

RÉSULTATS.—Sommeil de 10 heures avec 3 grammes; l'effet somnifère a été remarquable; il s'est produit, en moyenne, une heure et demie après la prise du médicament; pas de symptôme insolite autre qu'un vomissement, douteux comme origine, la troisième nuit de l'administration du sulfonal.

#### OBSERVATION XII.

SOMMAIRE : Barb... (Lazare), quarante-cinq ans, célibataire, employé. — Transféré de l'asile du Mans depuis 1871. — Manie ambitieuse. Actuellement idées de grandeur et de persécution; se plaint qu'on lui vole des châteaux et qu'on le détient injustement. — Quotidiennement loquace, violent, agressif, criard, même la nuit.

Cinq doses quotidiennes massives et croissantes jusqu'à 5 grammes.

*25 septembre.* — A 6 h. 1/4 sulfonal 2 grammes; couché à 7 h. 1/4, s'endort de 8 1/2 à minuit, se lève ensuite pour

uriner; rendormi immédiatement jusqu'à l'heure du réveil, 5 heures.

*26 septembre.* — A la visite du matin exprime sa satisfaction d'avoir bien dormi et son regret d'avoir été éveillé; a été relativement calme pendant le jour, pas de cris ni de déclamations. Le soir sulfonal, 2 grammes; s'endort à 8 heures; à 10 h., 1 h., 3 h. est trouvé dans un sommeil calme. On l'éveille à 5 heures.

*27 septembre.* — N'accuse aucune satisfaction de sa nuit; a crié et chanté une partie de la journée, 3 grammes de sulfonal le soir; sommeil de 8 h. à 1 h. 1/2; se lève pour uriner, demande du tabac à un voisin, se rendort à 2 h., mais se lève spontanément à 5 h.

*28 septembre.* — Se déclare satisfait du sommeil de la nuit, n'accuse aucun malaise. Journée bruyante; a frappé un malade pour un motif futile, a crié contre ses ennemis une partie de l'après-midi. Le soir sulfonal, 4 grammes; s'endort de 8 h. 1/4 à 11 h. 1/2; se lève pour uriner. Dans la deuxième partie de la nuit son sommeil a été interrompu à plusieurs reprises, a encore uriné une fois, mais n'a pas causé.

*20 septembre.* — Se plaint d'amertume à la bouche, dit qu'on l'empoisonne et ne prendra plus rien. Se répand dans la journée en divagations contre les députés, les chefs de gare, les inspecteurs de chemins de fer. On a beaucoup de peine à le décider à prendre le sulfonal. Il déclare que c'est la dernière fois; la dose est portée à 5 grammes. S'endort à 8 h. et son sommeil est constaté jusqu'à 1 h. du matin; s'est levé alors pour uriner, se rendort immédiatement jusqu'à 4 h. On le trouve ensuite les yeux ouverts, mais avant le lever, il s'endort de nouveau et quitte le lit en maugréant à 5 h. du matin.

*30 septembre.* — Se plaint de l'amertume du médicament, de nausées, mange de bon appétit à 11 h.; matinée calme, redévient criard dans l'après-midi; mange très bien le soir. Ce malade ne veut plus prendre le médicament et paraît vouloir tirer parti de l'expérimentation qui n'a pu lui être cachée, pour obtenir des douceurs. Couché à 7 h. 1/4, s'endort de 8 h. à 11 h. 1/4; a peu dormi le reste de la nuit, s'est levé plusieurs fois dont une pour uriner; se lève seul à l'heure du réveil.

*1<sup>er</sup> octobre.* — Continue à se plaindre d'amertume à la bouche; agité et bruyant comme à l'ordinaire. Couché à la même heure que la veille, il s'endort de 9 h. à minuit et demi; se lève alors sans motif et on constate que son sommeil est entre-

coupé d'insomnie ; se met à crier dès 4 heures du matin contre les inspecteurs.

*2 octobre.* — Revenu à l'état normal. N'ayant rien obtenu par ses plaintes sur l'amertume du sulfonal, il n'en parle pas.

*3, 4 octobre.* — Les nuits sont signalées comme aussi agitées qu'auparavant ; il s'endort tardivement et injurie des êtres imaginaires, quand il ne dort pas.

RÉSULTATS.— Effet somnifère obtenu en moyenne 2 h. 1/2 après l'administration du médicament. Le sommeil, avec la dose maxima et même avec les doses inférieures, a été de 8 heures, interrompu chaque fois, vers le milieu de la nuit, par des besoins d'uriner. Pas de symptôme consécutif autre ; plaintes intéressées sur l'amertume du remède, pas de calme diurne.

### OBSERVATION XIII.

SOMMAIRE : Jail... (Léonard), soixante-deux ans, marié, forgeron. — En traitement depuis 1879. — Au début, mélange d'idées de grandeur et de persécution. — Les idées de persécution dominent aujourd'hui. — Hallucinations de l'ouïe. — Se plaint qu'on l'accuse de vol, principalement la nuit ; on joue du flageolet pour l'empêcher de dormir. — Devient agressif et fait des menaces. — S'occupe encore, de temps en temps, à des travaux agricoles, mais il y a toujours de l'insomnie, et le rapport journalier note sa turbulence nocturne et ses crieilleries. Deux doses massives, inégales et isolées, à plusieurs jours d'intervalle (maxima 4 grammes).

*16 septembre.* — 3 grammes de sulfonal au repas du soir. Couché à 7 h. 1/2, s'endort vers 8 h. 1/4 jusqu'à minuit, ensuite insomnie d'une heure, pendant laquelle il se lève encore pour uriner ; se couche ensuite et reste calme la deuxième partie de la nuit.

*17 septembre.* — Pas de sulfonal ; signalé comme beaucoup moins calme que la nuit précédente.

*18 septembre.* — 3 grammes de sulfonal sont prescrits, il refuse obstinément de les prendre.

*19, 20 septembre.* — Les nuits redeviennent ce qu'elles étaient ordinairement.

*21 septembre.* — On réussit à lui faire prendre 4 grammes de sulfonal ; on le fait coucher à 7 h. 1/4 à l'infirmerie, s'endort à 9 h. Outre les constatations de l'infirmier de la salle, le

sommeil est constaté par le veilleur de nuit à 11 h. et à 2 h.; se lève à 5 h. seulement et se met aussitôt à parler seul.

*22 septembre.* — Agité pendant le jour, a beaucoup crié, s'est emporté contre ses accusateurs habituels. Pas de sulfonal. Couché à la même heure que la veille, il s'endort vers 9 h. 1/2, s'éveille dès 3 heures du matin et n'a cessé de bavarder jusqu'à l'heure du lever.

*23 septembre.* — Pas de calme dans la journée, se répand en injures contre ses ennemis imaginaires. Pas de sulfonal le soir, il le refuse; sommeil de 9 heures à minuit, heure à laquelle il se lève et ne cesse de causer tout haut.

*24 septembre.* — Travaille une partie de l'après-midi. Sommeil de 10 heures à 2 heures, ne se rendort plus et fait du bruit; revenu à l'état normal.

**RÉSULTATS.** — Effet somnifère plus lent avec diurèse douceuse, pas de symptômes désagréables à la suite du médicament.

#### OBSERVATION XIV.

**SOMMAIRE :** Geof... (Émilie), femme Res..., quarante ans, ménagère. — En traitement depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1888. — Lypémanie anxieuse; craintes absurdes; croit qu'on va lui mettre une chemise de fer et la faire mourir; entend crier ses enfants qu'on martyrise. — Triste, paroles rares, s'isole des autres. — Insomnie continue. — En convalescence à l'infirmerie, d'un ictère consécutif à la rougeole.

Onze doses massives dont 4 égales et successives. — Essai de suggestion pendant deux jours. — Reprise de la dose initiale massive croissante, avec un jour d'intervalle, pendant trois jours jusqu'à 4 gr. 50 c., puis décroissante le quatrième, à 1 gr. 50 c. — Deuxième essai de suggestion. — Reprise du sulfonal, à doses égales massives, pendant trois jours consécutifs et augmentation de un tiers de la dose le dernier jour.

*10 septembre.* — Prend à 6 h. 1/4, 2 grammes de sulfonal; s'est couchée à 7 heures, endormie à 8 h. 1/2, elle s'est réveillée une heure après; une demi-heure de veille, reprend son sommeil jusqu'à 4 h. 1/2 du matin; n'a plus dormi ensuite, quoi qu'elle soit restée au lit.

*11 septembre.* — Exprime sa satisfaction d'avoir mieux dormi. Pendant la journée, ne se plaint d'aucun malaise dû au médicament. A 6 h. 1/4, 2 grammes de sulfonal, elle a dormi seulement de 11 h. 1/2 à 1 heure, le reste de la nuit, elle a compté chaque heure, sans pouvoir s'endormir.

*12 septembre.* — A la visite du matin, moins satisfaite que

## SON EMPLOI COMME HYPNOTIQUE CHEZ LES ALIÉNÉS 247

la veille; même absence d'initiative, a peur qu'on se moque d'elle; aucun malaise, appétit conservé. Le soir, à 6 h. 1/4, 2 grammes sulfonal; s'endort de 10 heures à 2 heures, s'éveille et ne se rendort que par petits intervalles, jusqu'à 5 heures du matin.

*13 septembre.* — Le matin à la visite, dit qu'elle se trouve bien du remède; même situation physique et mentale; prend encore 2 grammes de sulfonal à 6 h. 1/4, s'endort de 7 h. 1/4 à 4 heures du matin, on a constaté qu'elle s'était retournée dans son lit, sans s'éveiller.

*14 septembre.* — Exprime de nouveau sa satisfaction d'avoir eu une nuit aussi bonne et dit qu'elle ne ressent aucun malaise. Pendant la journée, elle est aussi inquiète et triste que d'habitude. Nous nous trouvons à court du médicament et pour nous assurer, en attendant d'en recevoir, si la suggestion pourrait y suppléer, on lui prescrit sous le nom de sulfonal un mélange de craie préparée et de bismuth, qui est pris comme le sulfonal à 6 h. 1/4. Elle dort de 9 heures à 11 heures. Le reste de la nuit se passe dans l'insomnie, elle entend crier sa fille.

*15 septembre.* — A la visite se plaint de n'avoir pas dormi. On lui fait la même prescription, disant qu'on va augmenter la dose. Dans la journée, toujours triste et déprimée. Couchée à 7 h. 1/4, elle s'endort de 9 heures à 11 heures, elle s'éveille alors pour ne plus dormir.

*16 septembre.* — Le peu de sommeil de la nuit ajoute à son découragement; elle dit que les remèdes ne font pas d'effet. Une nouvelle provision de sulfonal étant arrivée, on la rassure en lui disant qu'elle s'habitue au médicament et qu'il faut tâtonner pour augmenter les doses; prescription, 2 grammes de sulfonal pour le soir. Couchée à 7 heures, elle s'endort aussitôt jusqu'à 4 heures, puis compte les heures jusqu'à 7 pour s'endormir encore.

*17 septembre.* — A la visite, elle est encore somnolente, reste au lit jusqu'à 10 heures. Pas de sulfonal le soir, n'a pas dormi du tout; peut-être y a-t-il eu de courts instants d'assoupissement, mais elle se plaint à la sœur d'avoir entendu sonner toutes les heures.

*18 septembre.* — Le matin à la visite, elle réclame le médicament avec instance; on en prescrit 5 grammes, qui sont absorbés au repas du soir, vers 6 h. 1/4; sommeil profond et continu de 7 h. 1/2 à 2 heures du matin; de 2 heures à 4 heures

assoupissement léger et enfin moments de somnolence jusqu'à 7 heures.

19 septembre. — Enchantée de sa nuit; elle n'éprouve du reste aucun malaise du médicament. Pas de tendance au sommeil dans la journée; on ne prescrit pas de sulfonal. Dort de 8 h. 1/2 à 11 h. 1/2, n'a plus dormi ensuite que par moments entrecoupés de veille, mais n'a compté les heures qu'à partir de 4 heures du matin.

20 septembre. — La santé physique s'améliore, l'appétit se relève, l'anxiété est moins grande. Le sommeil absent depuis longtemps et qui est revenu donne un peu de confiance à la malade. On administre encore 4 gr. 50 cent. de sulfonal; dort sans interruption et profondément de 8 heures à 4 heures du matin, reste au lit jusqu'à 6 heures sans dormir.

21 septembre. — Pas de tendance au sommeil de la journée, figure calme et plus reposée, appétit excellent. Pas de sulfonal; a dormi seulement de 8 h. 1/2 à 10 heures, n'a plus dormi ensuite.

22 septembre. — Fait la remarque qu'elle ne dort qu'avec le médicament. Est toujours déprimée et triste. On donne seulement 1 gr. 50 cent. de sulfonal à 6 h. 1/4; dort de 7 h. 1/2 à 5 heures du matin, ne s'endort plus.

23 septembre. — Le matin à la visite, en présence du résultat obtenu avec une petite dose de sulfonal, on essaie de nouveau le mélange craie et bismuth, pour s'assurer si on obtiendra un effet de suggestion. L'effet hypnotique a été mis en relief suffisamment par les doses antérieures de sulfonal. A 6 h. 1/4, un gramme de sulfonal supposé; s'endort de 8 heures à 3 heures. Pas de nouveau sommeil ensuite.

24 septembre. — Le soir à 6 h. 1/4, craie et bismuth, 2 grammes; sommeil de 8 heures à 11 heures; intervalles de sommeil et de veille jusqu'à 5 heures, réveillée ensuite définitivement.

25 septembre. — Prend encore le mélange craie et bismuth; sommeil de 9 heures à minuit, demi-sommeil de minuit à deux heures, n'a pu se rendormir de nouveau.

26 septembre. — L'essai du sommeil par suggestion n'a pas été heureux, aussi comme l'état de la malade paraît s'améliorer physiquement et moralement, et que le sommeil qu'on lui procure y contribue en partie, on prescrit de nouveau du sulfonal. Deux grammes sont administrés au repas du soir, 6 h. 1/4, s'endort de 9 h. à minuit. Le besoin d'aller à la selle l'oblige

## SON EMPLOI COMME HYPNOTIQUE CHEZ LES ALIÉNÉS 249

à se lever plusieurs fois (diarrhée), s'endort de nouveau de 2 à 5 h. du matin. Réveil définitif.

*27 septembre.* — Ne s'explique pas la diarrhée de la nuit, mais dit qu'elle a bien dormi. On prescrit encore 2 grammes de sulfonal ; s'endort de 8 heures à 1 heure du matin, insomnie d'une demi-heure ; nouveau sommeil de 1 h. 1/2 à 4 h. 1/2. N'a plus dormi.

*28 septembre.* — L'état mental s'améliore visiblement ; prescription, 2 grammes de sulfonal à 6 h. 1/4 ; s'endort de 8 h. 1/2 à 4 h. sans interruption, reste au lit sans dormir jusqu'à 8 h. du matin ; tricote dans la journée.

*29 septembre.* — Se lève une grande partie du jour et s'occupe un peu, mais sans initiative. L'anxiété est plus rare. On donne 3 grammes de sulfonal à 6 h. 1/4 ; sommeil de 7 h. 1/2 à minuit ; réveillée par le besoin d'aller à la selle, se recouche et se rendort jusqu'à 5 h. du matin.

*30 septembre.* — Moins ferme dans ses craintes imaginaires, prend confiance ; un peu de somnolence dans la journée. Pas de sulfonal, ne s'endort que de 11 h. à 4 h. ; deux selles dans la nuit.

*1<sup>er</sup> octobre.* — Pas de sulfonal, dort de 9 h. 1/2 à 11 h., ne peut réussir à dormir de nouveau.

*2 octobre.* — Se plaint de son insomnie à la visite. Pas de sulfonal le soir ; sommeil de 9 h. à minuit, insomnie pour tout le reste.

*3 octobre.* — Ne dort que par intervalles ; on cesse de l'observer.

**RÉSULTATS.** — Sommeil de 6 h. 1/2, 1 h. 1/4 après une dose de 4 grammes ; de 8 heures après une dose de 4 gr. 50 cent. ; quand l'état mental s'améliore, 9 h 1/2 de sommeil, 1 h. 1/4 après une dose de 1 gr. 50 cent. ; dans la première partie de l'observation où l'anxiété est plus grande, des doses supérieures à celle-ci, paraissent n'amener qu'un résultat moins favorable ; satisfaction particulière du médicament (diarrhée à la 4<sup>e</sup> reprise). 2 essais de sommeil par suggestion sans succès.

## OBSÉRATION XV.

SOMMAIRE : Très.... (Étiennette), veuve Ch... quatre-vingt-un ans.

— Traitée depuis le 28 avril 1888. — Démence sénile avec agitation maniaque. — Illusions sensorielles. — Perte de la mémoire. — Va et vient sans but ; chante ; ramasse tout ce

## 250 DU SULFONAL

qui lui tombe sous la main. — Insomnie. — Se lève constamment la plus grande partie de la nuit.  
Six doses de sulfonal; quatre doses massives croissantes, dont deux par jour, pendant deux jours, à midi et le soir; — deux autres doses massives croissantes successives une fois par jour (maxima 3 grammes).

*26 septembre.* — Prescription de 2 grammes de sulfonal le matin, la moitié est administrée à 11 h. 1/4 et l'autre à 6 h. 1/4 du soir. 2 heures après la première dose, elle a paru plus calme et avoir moins besoin de mouvement; après la deuxième dose, elle gagne son lit vers 7 h. 1/4 et s'endort de 7 h. 1/2 à 3 h. 1/2, s'éveille pour aller à la garde-robe, se recouche et une demi-heure après, reprend son sommeil jusqu'à 5 heures; contre son habitude reste assise ensuite sur son lit sans rien dire.

*27 septembre.* — Même situation à la visite, ne paraît pas incommodée; prescription : 3 grammes de sulfonal en deux fois, par parties égales, la première au repas de 11 heures, l'autre au repas de 6 heures. Après la première dose, vers midi, besoin de sommeil très net; contre son habitude se tient assise, de temps en temps; elle paraît vouloir aller et venir, mais elle regagne sa place, cause peu et la voix paraît moins ferme. Après le repas du soir, elle va se coucher et dort sans interruption de 7 h. à 3 h. du matin, se lève pour aller à la selle, se recouche et dort jusqu'à 6 heures du matin; le bruit l'éveille, mais elle ne veut pas se lever.

*28 septembre.* — A la visite sa figure est fatiguée, elle se tait contre son habitude; elle est incapable, du reste, d'expliquer ce qu'elle peut éprouver; dans la journée elle paraît toujours un peu abattue, marche plus rarement et semble garder difficilement son équilibre; prend seulement, le soir, 1 gr. 50 cent. de sulfonal; dort sans interruption de 7 h. à 3 heures du matin, va alors à la selle, se recouche et s'endort à nouveau jusqu'à 5 heures du matin, reste ensuite assise sur son lit jusqu'à 6 h. 1/4.

*29 septembre.* — A la visite, sa voix paraît moins forte, l'appétit est diminué; a éprouvé à plusieurs reprises, dans la journée, des moments de somnolence, aussi, elle reste assise sur son banc et sommeille; on doit lui aider à changer de place, sa marche étant chancelante; prend 3 grammes de sulfonal à 6 h. 1/4, se met au lit à 7 heures et s'endort aussitôt jusqu'à 4 heures du matin; se lève pour aller à la chaise de nuit, fait

une chute sans gravité en regagnant son lit. Nouveau sommeil d'une demi-heure, se lève pour aller à la selle une deuxième fois, revient à son lit et s'endort encore jusqu'à 6 h. 1/2 du matin. Dans son sommeil on a remarqué son ronflement sonore inusité.

*30 septembre.* — Dans la matinée elle sommeille encore et quand elle essaie de marcher, elle perd l'équilibre; elle se tient donc plus volontiers assise. Sa voix est affaiblie et elle bredouille. Dans la journée on redoute à chaque instant une chute; on la soutient pour la conduire à son lit, elle n'a presque plus d'appétit aux repas. Pas de sulfonal; s'endort de 6 h. à 2 h. du matin; se lève à deux reprises successives pour aller à la chaise, son sommeil est alors presque toujours interrompu; à 5 h. 1/2 elle ne veut plus rester au lit.

*1<sup>er</sup> octobre.* — La loquacité reparait, l'appétit également, elle n'a plus de difficulté à marcher, aussi elle commence à aller et marcher sans but; dort de 7 h. à minuit. Dans la deuxième partie de la nuit, elle n'a plus qu'un sommeil entrecoupé de veille; à 5 heures elle ne veut plus garder le lit.

*2 octobre.* — A la visite, elle a sa physionomie d'autrefois, chante spontanément sa chanson habituelle; la figure est naturelle; pas de sulfonal, n'a dormi que quelques heures, a causé la nuit et s'est levée dès 5 heures.

*3 octobre.* — A repris son aspect habituel.

**RÉSULTATS.** — Effet somnifère remarquable une heure après le remède; à 3 grammes, 9 heures de sommeil ininterrompu; démarche chancelante dans la journée suivante, diminution de l'appétit, équilibre difficile dans la station debout, effets laxatifs continus avec le médicament; calme diurne surajouté.

#### OBSERVATION XVI.

**SOMMAIRE:** Fas... (Charles), quarante-cinq ans, veuf, distillateur. — En traitement depuis le 9 août 1888. — Alcoolisme aigu. — Figure égarée. — Symptômes paralytiques. — Bredouille notamment. — Désordre des actes pendant la journée. — Cause seul, incohérence des idées. — Hallucinations nocturnes terrifiantes continues. — Croit qu'on va l'enterrer, voit des serpents. — Alité pour mal perforant; constipation très opiniâtre. — Camisolé de temps en temps la nuit.  
Deux doses croissantes de sulfonal avec un jour d'intervalle.

*17 septembre.* — Sulfonal, 3 grammes; pas de sommeil, a

causé une partie de la nuit avec sa femme qu'il disait apercevoir ; se débat contre des serpents dont il cherche à se débarrasser ; somnolence seulement vers 6 h. du matin.

18 septembre. — Pas de sulfonal, nuit mauvaise ; on lui met la camisole de force, parce qu'il se lève constamment et cherche à s'échapper.

19 septembre. — Pas de selle depuis le 16. Sulfonal 4 grammes à 6 heures ; s'endort à 8 heures, s'éveille à minuit ; se rendort une demi-heure après pour s'éveiller à 5 heures du matin ; pas de camisole.

20 septembre. — Très déprimé et somnolent dans la journée ; pas de selle malgré un laxatif, pas de sulfonal le soir ; a très bien dormi de 8 h. à 5 h. du matin ; dormait si profondément et si naturellement que son voisin de lit, le croyant mort, a appelé l'infirmier.

21 septembre. — On cesse le sulfonal à cause de la dépression qui se poursuit dans la journée qui suit son administration et qui met dans l'impossibilité de faire lever le malade, chose à laquelle on doit se résoudre cependant, malgré l'ulcère du pied, car, il y a des tendances aux escharas. Les nuits redeviennent mauvaises.

RÉSULTATS. — Aucun effet désagréable ne s'est produit, mais l'effet somnifère, sans être négatif, a eu ceci de particulier qu'il se produisait trop tardivement à notre gré. Cette lenteur d'action, qu'on ne pouvait éviter et que la constipation du malade devait entretenir, nous a obligé à suspendre le sulfonal, et par suite une conclusion nette est impossible. Peut-être l'état d'alcoolisme aigu contre-indiquerait l'emploi du médicament.

#### OBSERVATION XVII.

SOMMAIRE : Poi... (Jean), célibataire, dix-huit ans. — En traitement depuis un an. — Etat mental : déchirleur, agressif ; hallucinations de l'ouïe ; se dit sous l'empire du vilain (le diable). — Gestes maniaques. — Grimaces continues. — Cause une partie de la nuit ou chante. — Isolé en cellule.

Quatre doses de sulfonal, par fractions croissantes de 20 à 30 centigrammes toutes les heures, pendant quatre jours consécutifs.

27 septembre. — 3 grammes de sulfonal divisés en 12 paquets lui sont administrés, à partir de 6 heures du matin, à raison d'un paquet par heure, enrobé dans de la confiture. Aucun

## SON EMPLOI COMME HYPNOTIQUE CHEZ LES ALIÉNÉS 253

changement dans ses allures pendant la journée. Réintégré dans sa cellule à 7 h. 1/4, s'endort à 8 heures et aux rondes de 9 h., 10 h., 2 h. et 4 h. est trouvé endormi. Réveil un peu avant 5 heures, se met à crier aussitôt.

*28 septembre.* — Le sulfonal est repris de la même manière et à la même dose ; pendant la journée aussi agité et taquin que d'habitude ; jette du sable à ses compagnons, fait des grimaces, cause seul, chante ; appétit égal aux repas ; prend facilement les paquets prescrits. Couché à 7 h. 1/4, s'endort de 9 heures à minuit ; s'éveille alors et ne cesse de crier en se livrant à une pantomime bruyante.

*29 septembre.* — On augmente la dose de sulfonal d'un gramme pour 12 paquets ; aucun changement dans la journée, désordonné comme auparavant ; appétit excellent. Couché à 7 h. 1/2, s'est mis aussitôt à crier et à gesticuler ; on le camisole à 8 heures ; devient un peu plus calme, s'endort à 9 heures et son sommeil dure jusqu'à 1 heure ; n'a plus dormi ensuite, mais il est resté calme.

*30 septembre.* — Même dose du médicament en 12 paquets. Les allures de P... ne sont pas modifiées ; pendant le jour il est désordonné, gambade dans la cour ou monologue. Couché à 7 h. 1/4, s'endort à 8 heures, il dort encore aux rondes de 9 h., 11 h. et 1 h. ; trouvé éveillé à 4 heures, mais ne fait pas de bruit. Avant 5 heures, il est debout, habillé dans sa cellule.

*1<sup>er</sup> octobre.* — Pas de sulfonal, même agitation maniaque. Couché à 7 h. 1/2, s'endort à 8 h. 1/2, est déjà éveillé à 11 h. et fait du tapage jusqu'à 1 heure ; est trouvé vêtu à 4 heures du matin, recommence son tapage.

*2, 3, 4 octobre.* — Le veilleur de nuit le trouve éveillé presque à chaque ronde ; il est du reste dans le même état diurne et nocturne qu'avant l'administration du sulfonal.

**RÉSULTATS.** — Effet somnifère moins appréciable. A partir du quatrième jour, sommeil de 5 heures, une heure et demie après la dernière dose. Aucun calme diurne, mais plus de calme nocturne ; pas de phénomènes désagréables ou incommodes pendant l'administration. Infériorité marquée de sulfonal à doses fractionnées, comme somnifère.

Je terminerai la série de ces observations en rappor-

tant les trois cas dans lesquels le sulfonal a été administré à des personnes non aliénées.

11 septembre. — V..., interne de service, prend à 7 heures 2 grammes sulfonal. Une heure après, besoin inaccoutumé de sommeil. Mise au lit; s'endort aussitôt (plus de deux heures avant l'heure habituelle) et on est obligé de l'éveiller à 7 h. 1/2, une heure et demie après le réveil ordinaire. Aucun symptôme insolite, ni avant ni après le médicament, sinon des bâillements qui se poursuivent dans la matinée.

13 septembre. — B..., surveillant en chef, prend 2 grammes sulfonal à 6 heures, dans une cuillerée de potage. Le tracé sphygmographique pris deux heures auparavant, et celui pris trois heures après l'absorption du médicament ne présentent qu'une différence insignifiante, la tension vasculaire étant à peu près la même et les lignes d'ascension des deux tracés presque équivalentes. Après l'ingestion, ni vertige, ni ébriété; mais deux heures après, envie de dormir à laquelle le sujet satisfait en se mettant au lit. Sommeil de 8 h. 1/2 à 11 heures. Ne répond pas à l'appel de son nom prononcé à haute voix, mais se trouve éveillé par le froid extérieur pénétrant par la porte restée ouverte. Prend part à une conversation d'une heure. Se rendort de minuit à 5 heures. Aucun symptôme insolite au réveil; pas d'envie de dormir ni de bâillements.

15 septembre. — Personnelle. A 5 heures je prends 3 grammes sulfonal dans une cuillerée de vin. Pouls 72. Respiration, 19. A 6 heures, pouls 80. Vertiges légers comparables à ceux d'une ivresse très légère. Dîner. 7 heures, pouls 84. Vertiges plus accentués dans la station debout et les yeux fermés. 8 heures, pouls 84. Quelques bâillements, les vertiges diminuent. 9 heures, pouls 82. Les bâillements diminuent, plus de vertiges. 10 heures, pouls 72. Pas de symptômes. État hygide.

10 h. 1/2, pouls 68. Sommeil ininterrompu un quart d'heure après la mise au lit jusqu'à 6 heures du matin. Nuit excellente sans cauchemars. 7 heures du matin, pouls 75. État normal. Aucune somnolence. Sensation de bien-être.

Ainsi que je l'ai déjà fait remarquer, les effets concomitants ou consécutifs de l'administration du sulfonal ont été plus marqués, en général, du côté des femmes ; de même aussi, les doses n'ont pas atteint, chez ces dernières, la quantité administrée aux hommes ; il nous a semblé, en outre, que l'effet somnifère se produisait également plus rapidement chez la femme que chez l'homme.

La dose pouvant provoquer un sommeil de six à neuf heures est nécessairement variable d'un individu à un autre et chez les aliénés on doit, pour la déterminer, se baser à la fois sur l'âge, le sexe, la constitution et le degré d'agitation ou d'anxiété du sujet. Une dose de 3 grammes peut amener une nuit calme, quoique non entièrement employée à dormir, comme aussi suffire amplement à provoquer un sommeil profond. Aucun de nos malades n'a été foncièrement réfractaire à l'action somnifère du sulfonal, à dose massive ; même dans le cas d'alcoolisme aigu, où nous avons dû cesser l'emploi du médicament, à cause des effets tardifs qu'il paraissait produire et qu'augmentait encore la constipation du malade, son effet n'a pas manqué. Quand il a été administré comme dans l'observation XVII, à doses réfractées, il n'a donné qu'un résultat médiocre.

Quant à la qualité même du sommeil obtenu par le médicament, tous les malades capables de formuler une appréciation exacte sur lui ont été d'accord pour s'abstenir d'accuser des symptômes de nature à la faire mettre en doute. Une malade, surtout celle de l'observation XIV, plus consciente encore que les autres, ne faisait aucune

différence du sommeil ainsi provoqué, avec le meilleur sommeil naturel, et en exprimait sa satisfaction en réclamant le remède qui le lui procurait. Chez moi-même, après une dose de 3 grammes de sulfonal, il en est résulté un sommeil remarquable par sa durée ininterrompue, et par la sensation de bien-être, qui en fut la conséquence au réveil.

Le sommeil sulfonalique ne paraît donc différer en rien du sommeil normal, sinon qu'il est parfois plus profond que celui-ci; témoins cette femme de l'observation XV qui ronflait contre son habitude, et cet homme de l'observation V, qu'on pouvait pincer impunément et qui, urinant au lit, ne s'en apercevait qu'au réveil.

La supériorité du sulfonal comme somnifère, sur l'uréthane, l'hypnone, la paraldéhyde, le chloral, semble établie dans nos observations I, II, III, IV, malgré leur nombre restreint. Mais si l'on veut bien en outre ne pas oublier que le chloral, dont l'emploi est plus répandu que celui de l'uréthane, de la paraldéhyde et de l'hypnone, a des inconvénients sur la digestion elle-même, donne lieu à des renvois pénibles et douloureux, possède une certaine astringence nécessitant une dilution très étendue impuissante à la supprimer, et une action dépressive sur le cœur, reconnue de tous les cliniciens, procure enfin un sommeil parfois lourd, on n'hésitera pas à donner sur lui la préférence au sulfonal, toutes réserves faites sur le prix de ce dernier.

La paraldéhyde elle-même ne peut soutenir une comparaison avantageuse avec le sulfonal, car si elle procure un sommeil meilleur que celui du chloral, en revanche elle n'est pas non plus comme lui, quoique à un degré moindre, sans action sur la digestion et donne également à ceux qui en usent des renvois odorants désagréables et persistants.

## SON EMPLOI COMME HYPNOTIQUE CHEZ LES ALIÉNÉS 257

Quant à l'hypnone et à l'uréthane, si leur saveur n'est pas désagréable, pour la première, outre que ses propriétés hypnotiques sont contestées, elle est odorante et difficile à manier, et pour la seconde, son champ d'action étant déjà restreint aux cas d'aliénation mentale fonctionnelle, elle n'agit que si l'insomnie n'est pas liée à une agitation trop intense (Mairet et Combemale).<sup>41</sup>

L'effet somnifère du sulfonal se fait sentir plus ou moins rapidement; dans notre observation XV, il s'est produit très promptement; d'autres fois, il a fallu plus de deux heures pour l'obtenir; ces résultats sont donc un peu différents de ceux des expérimentateurs allemands. Les doses elles-mêmes ont été variables et ont dû être poussées parfois jusqu'à 5 grammes; nous en avons indiqué plus haut la raison clinique; chez certains malades, il y a eu la nuit suivante, même sans sulfonal, un calme relatif, très certainement dû à des doses non dissoutes du médicament, et c'est là peut-être un des inconvénients du remède, qu'on peut éviter, toutefois, en mettant un jour d'intervalle dans les prescriptions.

Enfin, le sulfonal a été presque toujours mélangé aux légumes du repas du soir; on doit le donner de cette manière à des aliénés agités et difficiles; chez ceux qui sont plus accessibles à un raisonnement, on peut l'administrer soit en cachets Limousin, soit en suspension dans un liquide (boisson du repas, infusion chaude, ou même potage chaud) au commencement ou à la fin du repas; et, à ce propos, je crois qu'en général, il ne faut pas ruser avec le malade, et lui cacher l'emploi du médicament, car il a une amertume qui, quoique légère, pourra attirer son attention et lui inspirer des réflexions erronées ou délirantes.<sup>42</sup>

## CONCLUSIONS

Des dix-sept observations relatives à des aliénés, mises sous les yeux du lecteur et qu'il ne nous a pas été possible de multiplier, vu le prix élevé du médicament (250 fr. le kilo), nous pouvons maintenant tirer légitimement les conclusions suivantes :

1° Le sulfonal est un hypnotique d'une valeur intrinsèque très remarquable, chez les aliénés ; l'insomnie qu'il devait combattre a cessé dans presque tous nos cas, à une dose pouvant varier de 2 à 5 grammes.

2° Il s'est montré efficace dans des cas où la paraldéhyde, l'uréthane, le chloral, l'hypnone, avaient échoué constamment.

3° Vu la qualité et la quantité de sommeil qu'il procure, aux doses relatives, son peu de sapidité et son absence d'odeur en faciliteront l'emploi dans l'insomnie des aliénés, d'autant plus qu'on peut le présenter comme sans action sensible sur la respiration, la circulation et la digestion.

4° Relativement à cette dernière fonction, il est juste de remarquer qu'ayant été la cause efficiente de vomissements, dans 5.50 p. 100 des cas observés, de diarrhée légère dans 17.7 p. 100, ces phénomènes peuvent en contre-indiquer l'emploi, s'ils se produisent.

5° L'usage du sulfonal s'accompagnant quelquefois de vertiges et d'un symptôme d'ébriété, la difficulté de l'équilibre, il sera peut-être contre-indiqué dans les formes congestives de la folie.

6° Son action diurétique dans 17.7 p. 100 des cas ne serait-elle pas douteuse, qu'il n'y aurait pas lieu d'en tenir compte dans son usage.

7° Son action calmante diurne paraît infidèle à dose massive; et, si elle se produit, c'est en provoquant très souvent une somnolence dans la journée qui suit son

administration, somnolence que l'on doit chercher à éviter, en diminuant la dose.

8<sup>e</sup> A dose fractionnée, chez le seul sujet en expérience, il n'a amené aucun calme diurne et un calme nocturne équivoque.

9<sup>e</sup> Chez les sujets où le sulfonal a été donné à un jour d'intervalle, un calme relatif, dans la moitié des cas environ, a été remarqué pendant les nuits intercalaires à son emploi.

10<sup>e</sup> Chez des sujets non aliénés, le sulfonal paraît réellement provoquer le sommeil, étendre sa durée et le rendre plus profond. Les phénomènes qui accompagnent son usage étant insignifiants et négligeables, il est indiqué, tout au moins, dans tous les cas d'insomnie nerveuse.

**INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.** — E. Baumann. *Rapport de la Société chimique allemande : sur les combinaisons des aldéhydes avec les mercaptans*, 1885; *sur les disulfones*, *ibid.*, 1886. — A. Kast. Sulfonal ein neues Schlafmittel (le sulfonal, nouveau remède hypnotique), *Berliner Klin. Woch.*, 1888, n° 16, 16 avril. — G. Rabbas. Aus der psychiatrischen Klinik zu Marburg i.H. Ueber die Wirkung des sulfonals (sur l'action du sulfonal), *Berliner Klin. Woch.*, n° 17, 23 avril 1888. — B. Fischer. Dassulfonal ein neues Schlafmittel, *Pharm. Zeit.*, n° 32, Gazette pharmaceutique. — A. Laugaard et Rabow. *Therapeutische Monatscheife*, mai 1888. — J. Salgo. Hyoscine und Sulfonal, *Wiener medizinische Wochenschrift*, 2 juin 1888, n° 22. — O. Rosembach. Ueber Sulfonal und Amylen hydrat, *Berliner Klin. Woch.*, 1888, n° 24. — N. Rosin. Ueber die Wirkung des Sulfonals (sur l'action du sulfonal), *Berl. Klin. Wochenschrift*, 18 juin 1888, n° 25. — Ch. Oestreicher. Zur Wirkung des Sulfonals, *ibid.* — A. Kast. Ueber die Art der Darreichung und Verordnung des Sulfonals, *Therap. Monatsch.*, 1888, juillet, cah. 7. — Schmey. *Ibid.* — A. Cramer. Ueber die Wirkung des Sulfonals bei Geisteskranken, *Münch. Med. Woch.*, 1888, n° 24. — J. Schwalbe. *Deutsche Med. Woch.*, 1888, n° 25. — Otto. *Deutsche Med.*, n° 34, 23 août (Société psychiatrique de Berlin du 10 juillet). — J. Franz. Sur l'action du sulfonal chez les malades de chirurgie. Würzburg. — J. Fränkel. *Berliner Klin. Woch.*, n° 30. *Semaine médicale*, 13 juin. *Revue scientifique*, 21 juillet 1888. — Mathes. *Centralbl.f. Klinische Medicin.*, n° 41, 1888. — Victor Meunier. *Le Rappel* du 30 septembre 1888. — S. Garnier. *Progrès médical* du 13 octobre; *ibid.*, 27 octobre. — Ann. et bulletin de la Société de médecine de Gand, juin 1888. — Virginia. *Monthly medical*, septembre 1888.

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

## **Présidence de M. COTARD.**

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

*Correspondance et présentations d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Calmeil demandant à échanger sa qualité de membre titulaire contre celle de membre honoraire de la Société (Adopté).

2<sup>e</sup> Une lettre de candidature de M. le Dr Samuel Garnier, directeur-médecin à l'asile de la Charité (Nièvre), au titre de membre correspondant. — Une Commission, composée de MM. Semelaigne, Ritti et Christian, rapporteur, est désignée pour examiner les titres du candidat.

3<sup>e</sup>. Une lettre de candidature de M. le Dr Domingo Cabred au titre de membre associé étranger. — Renvoyé à une Commission composée de MM. Ball, Cotard et Rouillard, rapporteur.

4° MM. Chambard et Charpentier s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

5° MM. Déricq, G. Petit et Venturi, remercient la Société de les avoir nommés.

La correspondance imprimée comprend :

1<sup>o</sup> Une brochure de M. le Dr Sylvio Venturi (*Obs. de folie transitoire*).

2° Le numéro de décembre de la *Rerue de l'hypnotisme*.

M. PAUL GARNIER dépose sur le bureau un volume qui lui a été adressé par M. le Dr Pompe, directeur-médecin de l'asile de Goodwater (Hollande). Cet important

ouvrage, dont hommage est fait à la Société, renferme de nombreux et intéressants documents cliniques, recueillis par l'auteur pendant une longue période, à l'asile de Goodwater.

M. MAGNAN présente la thèse « *Impulsions, Responsabilité des aliénés* », de M. Blaise, candidat au titre de membre correspondant. — Une Commission, composée de MM. Magnan, Bouchereau et Legrain, est désignée pour faire un rapport sur cette candidature.

#### *Rapport de candidature.*

M. LEGRAIN. — Messieurs, dans votre séance du mois de novembre, vous avez nommé une Commission composée de MM. Donnet, Camuset et Legrain, rapporteur, à l'effet d'examiner la candidature de M. le docteur Ramadier au titre de membre correspondant de votre Société.

Il y a déjà longtemps que M. Ramadier prend une part active aux travaux de notre spécialité, et vous vous rappellerez certainement ses diverses publications que je résumerai brièvement.

En 1884, M. Ramadier soutenait sa thèse sur les *troubles trophiques dans la paralysie générale*. Ce sujet si attrayant et si peu fouillé a été bien présenté par l'auteur. Son travail s'appuie sur un grand nombre d'observations, critiquées avec le plus grand sens clinique. Considérant d'abord les troubles trophiques généraux, il nous montre le paralytique comme un malade à nutrition ralentie. Ce ralentissement s'accompagne tantôt d'amaigrissement, tantôt d'obésité. Il n'est pas rare de constater chez le paralytique obèse, ainsi qu'on peut s'y attendre après les travaux de M. le professeur Bouchard, une diminution de moitié des produits de désassimilation (15 grammes d'urée au lieu de 30). Embonpoint et amaigrissement aboutissent, d'ailleurs, au marasme et à la cachexie finale.

Examinant ensuite les troubles trophiques locaux, l'auteur étudie successivement diverses éruptions cutanées, le zona, le mal perforant, les escharas, le furoncle, l'anthrax, les phlegmons, et démontre la tendance gangreneuse générale que présentent toutes ces compli-

cations chez le paralytique. Après avoir émis quelques considérations sur l'atrophie et la dégénérescence graisseuse des muscles, l'auteur s'appesantit sur les lésions de nutrition du tissu osseux, qui sont infiniment plus rares qu'on ne le croit généralement.

Depuis 1884, M. Ramadier a fait paraître une série de travaux dont voici l'énumération succincte :

A cette même tribune, M. Christian vous a donné lecture en 1887 d'une étude de MM. Mabille et Ramadier sur le *traitement de l'épilepsie par l'acétanilide*, étude très approfondie de l'action physiologique de ce médicament et concluant à son inefficacité contre l'épilepsie, aussi bien que dans d'autres formes de maladies mentales et nerveuses.

Le même jour, M. Ritti vous a communiqué un mémoire des mêmes auteurs sur le *déroulement spontané ou provoqué d'états successifs de personnalité chez un hystéro-épileptique*.

MM. Mabille et Ramadier ont encore publié en collaboration trois travaux :

1<sup>o</sup> Une note sur des hémorragies cutanées, sortes de stigmates sanguinolents, survenus spontanément par auto-suggestion, chez un hystéro-épileptique ayant présenté déjà, en d'autres points, des hémorragies de ce genre sous l'influence d'une suggestion étrangère.

2<sup>o</sup> Une note sur un *cas très remarquable d'anesthésie chirurgicale* obtenue par suggestion post-hypnotique.

3<sup>o</sup> Enfin, une *observation de dégénérescence juvénile héréditaire*, dont l'épopée pathologique aboutit, en fin de compte, à une démence précoce.

Je trouve encore dans le recueil de nos *Annales* un travail de M. Ramadier, intitulé : *Trouble spécial de la sensibilité cutanée* (sensation de mouillure) observée chez deux paralytiques générales. L'auteur conclut des faits qu'il a observés qu'il serait peut-être légitime d'ajouter aux trois modes de la sensibilité tactile, admis par les physiologistes, un quatrième mode qui permet à l'homme d'apprécier les différents degrés d'humidité des objets mis en contact avec la peau.

Pour clore la série de ces travaux, citons encore une *observation de syphilis cérébrale* avec autopsie, publiée dans les *Annales médico-psychologiques*.

Le rapide exposé que je viens de vous faire, et que vos souvenirs personnels pourront facilement compléter, est plus que suffisant pour vous démontrer les mérites scientifiques de M. Ramadier. Quelques mots sur les services publics qu'il a rendus dans les asiles m'aideront à vous convaincre qu'il est digne de prendre place parmi vous.

Successivement interne pendant trois ans à l'asile de Saint-Dizier, puis médecin adjoint pendant trois ans à l'asile de Lafont, où il a pu profiter des conseils d'un de nos distingués collègues, M. le docteur Mabille, il est actuellement médecin adjoint à l'asile de Vaucluse, dans un grand service, où le renouvellement incessant des malades lui permet d'exercer ses qualités de chercheur et de clinicien.

Votre Commission, Messieurs, a été unanime pour appuyer la candidature de M. Ramadier. En lui accordant vos suffrages, vous rendez hommage au travailleur modeste dont les membres de votre Commission ont pu personnellement apprécier les qualités. Vous vous associerez en outre un membre dont l'acquit n'est pas à dédaigner, et qui prendra une part utile à vos discussions.

Conformément aux conclusions du précédent rapport, M. Ramadier est élu membre correspondant, à l'unanimité.

#### *Élection du Bureau pour l'année 1889.*

Il est procédé au scrutin pour la nomination d'un vice-président.

Sur 44 votants :

M. BALL obtient 24 voix;

M. BOUCHEREAU, 20 voix.

M. BALL est nommé vice-président pour l'année 1889.

Les autres membres du Bureau sont maintenus par acclamation : M. RITTI, secrétaire général; MM. CHARPENTIER et PAUL GARNIER, secrétaires annuels; M. AUG. VOISIN, trésorier.

La Commission des finances est composée de MM. MITIVIÉ et GUIGNARD.

Le Conseil de famille est formé par les membres du

Bureau, auxquels sont adjoints MM. MAGNAN et COTARD.

Le Comité de publication est composé de MM. BALLET, BRIAND et DAGONET.

*Classification des maladies mentales (suite).*

M. LUYS. — Messieurs, une discussion sérieuse, longue et animée, sur le délire chronique, vient de prendre fin devant la Société. L'esprit de controverse s'y est révélé d'une façon aussi complète que possible ; les opinions les plus contradictoires se sont tour à tour heurtées et, comme épilogue, toutes ces discussions se sont confondues en une expression synthétique et ultime, dans le rapport de M. Garnier qui a exposé devant vous un modèle de classification des maladies mentales, destiné à répondre à l'invitation de la Société de médecine mentale d'Anvers et à devenir ainsi un véritable formulaire commun pour les études de psychiatrie internationale.

L'intérêt avec lequel j'ai suivi cette discussion mémorable, l'intérêt non moins grand que je porte à la bonne renommée scientifique de la Société dont j'ai l'honneur de faire partie depuis de longues années, m'a conduit à sortir de la réserve dans laquelle je m'étais cantonné jusqu'ici ; et c'est pour cela que je viens exposer devant vous, un peu tard peut-être, les idées qui me sont chères sur ce très intéressant sujet et qui ne sont pas, d'après ce que je vois, dans la tonalité générale de ce milieu scientifique.

Je réclamerai donc, tout d'abord, votre indulgence si je viens à parler trop de ma personnalité et si, au milieu du concert d'approbation générale qui s'élève autour de l'œuvre conçue en commun, je viens, comme la mauvaise fée de certains contes, faire entendre parmi vous une légère note discordante.

Donc, Messieurs, il s'agit de discuter la valeur de la classification des maladies mentales actuellement proposée par l'organe de notre collègue, M. Garnier, à l'acceptation de la Société ; — vous avez tous lu avec l'intérêt qu'elle mérite l'œuvre si sagacement conçue du rapporteur qui expose, avec une lucidité si complète, l'état

de la question et les difficultés qu'il a fallu surmonter pour arriver au résultat obtenu.

Eh bien, Messieurs, sur ce terrain d'une classification des maladies mentales, je suis aussi, comme on dit, *de la partie*; j'ai aussi fait une classification, et, je m'empresse de vous l'avouer, je suis arrivé à penser tout autre chose que ce qui est visé dans le programme. — Et pourquoi? — C'est que sur ce terrain difficile et scabreux, j'ai aussi beaucoup et longtemps médité; j'ai beaucoup réfléchi sur les bases à prendre pour arriver à établir un édifice stable, et après bien des réflexions, je suis arrivé à cette conclusion, c'est que, même à notre époque, même avec les matériaux incomplets que nous avons aujourd'hui sur l'anatomie et la physiologie des différents appareils de l'encéphale, il est possible de jeter les premières assises d'une classification des états morbides, dérivant en droite ligne de l'anatomie et de la physiologie des appareils précités. — Et j'estime que le temps est venu, où on peut appliquer à ce département spécial de l'organisme les mêmes méthodes d'étude que nous employons journallement pour la classification des maladies, soit de la cage thoracique, soit de la cavité abdominale.

J'ai donc pensé que le vrai chemin vers la vérité était tracé dans cette direction et que nous étions assez riches pour nous avancer et jeter les premiers fondements de l'édifice. Je sais que cette route est longue, pénible, hérisse de difficultés qui viennent moins des choses que des hommes ; mais l'intérêt si vif qu'on trouve à le suivre, les points d'appui si sérieux qu'elle donne à l'interprétation clinique des phénomènes observés, justifient pleinement les tentatives hardies peut-être, mais légitimement tentées dans cette direction.

Donc mon point de départ a été une étude normale, aussi complète et aussi approfondie que possible, de l'encéphale humain, corroborée non seulement par le témoignage de l'anatomie pathologique, mais encore par celui de l'anatomie comparée. Je me suis mis ensuite à confirmer ces matériaux anatomiques par les données de la physiologie moderne, et c'est en m'appuyant sur ces deux bases que j'ai pu formuler une classification nosologique exposée dans mon *Traité des maladies men-*

*tales* dont les grandes assises étaient tracées, et qui pouvait recevoir dans ses cadres les différentes variétés de types morbides réductibles, bien entendu, à une déviation constante d'un processus physiologique.

Je n'ai pas certes la prétention de croire que cette classification puisse réunir d'emblée l'assentiment de toutes les Écoles de psychiatrie; — je ne sais que trop, par expérience propre, qu'à côté de l'esprit d'initiative qui marche en avant, il y a l'esprit de routine qui reste en arrière; — qu'il faut compter avec les habitudes d'esprit de ses contemporains, et savoir attendre les efforts lents du progrès de l'esprit public. — Je me suis donc contenté, simplement, de jeter des bases, de poser des jalons pour indiquer la route à suivre; et en suivant ainsi le terre à terre des sentiers anatomiques, j'ai voulu prévenir les travailleurs de se méfier des abstractions nosologiques et des conceptions *a priori* et surtout les avertir de ne pas prendre les mots pour des réalités.

M. le Rapporteur, après avoir successivement passé en revue les différents éléments destinés à être utilisés dans une classification, consacre quelques lignes aux idées que j'émets sur l'importance d'un point de départ anatomique. Il les abandonne bientôt volontiers, et les considère comme l'idéal lointain auquel doit aboutir notre science. Pour lui, la classification anatomique des maladies mentales, c'est la terre promise au bonheur des générations futures; les générations présentes doivent se contenter de satisfactions moins complètes et combler leurs désirs en possédant une classification mixte reposant à la fois sur la symptomatologie et l'étiologie.

Avant tout, pense-t-il sans doute, il faut être pratique, il faut répondre à la question posée et, pour faire un programme de concentration qui réunisse toutes les aspirations des médecins aliénistes contemporains, il faut proposer un programme qui satisfasse, sous des formules élastiques, l'assentiment général, sans égard à la question de principe qui est réservée.

Est-ce là de la science ou de la diplomatie?

Ces résolutions, tout empreintes qu'elles soient d'esprit opportuniste, ne me paraissent pas de mise dans un milieu scientifique, et, à mon avis, mieux vaut exposer une œuvre originale bien étudiée et soutenir sa valeur,

que de faire des compromis de passage qui ne donnent que des résultats éphémères et stériles.

Ceci dit au point de vue général, j'arrive maintenant à la discussion de certains points qui rentrent, directement, dans la question et constituent une série d'objections qui m'ont été suggérées par la lecture de ce travail.

1<sup>o</sup> Je demanderai, d'abord, à M. le Rapporteur, si en agissant ainsi qu'il l'a fait, en négligeant d'emblée d'asseoir sa classification sur une base anatomique, il a mis dans son jugement toute la maturité d'esprit désirable et s'il s'est bien rendu compte de la masse des matériaux acquis, dont l'ensemble représente assurément autre chose que des quantités négligeables.

Comment donc a-t-il laissé dans l'ombre les magnifiques recherches de Calmeil sur les congestions du cerveau, qui sont le monument le plus imposant que la science française possède sur ce sujet? — les travaux de Bayle et de Parchappe, de Baillarger et de tous ces travailleurs de Charenton, de la Salpêtrière, dont les observations nécroscopiques fourmillent dans nos Annales?

Comment donc ne pas utiliser, comme documents, tous leurs travaux convergeant dans une seule et même direction : la concomitance des lésions anatomiques avec la folie. Et, pour ne citer que Calmeil, je lui dirai : relisez-donc ces compendieuses observations cliniques et le récit détaillé des lésions anatomiques, et vous serez surpris, comme moi, de voir combien partout les lésions se rencontrent, combien elles sont précises et constantes, et combien ces études magistrales des cerveaux d'aliénés, avec les détails minutieux qui sont cités, en disent plus long sur la nature de la folie que toutes les discussions les plus éloquentes.

S'il m'est permis, Messieurs, à la suite de ces grands travailleurs, de citer mon nom, je vous dirai (pour donner plus de poids à mes paroles) que j'ai passé près de dix-huit ans à la Salpêtrière et que, dans ce grand bazar de toutes les infortunes humaines, j'ai fait bien des autopsies de cerveaux d'aliénés, j'ai ouvert et pesé bien des cerveaux d'idiots, de paralytiques, d'hallucinés, de persécutés, de manies à double forme, etc. J'ai pu manipuler la matière nerveuse avec tous les moyens actuels d'investigation, depuis la momification

du cerveau jusqu'à l'étude intime des éléments corticaux. Eh bien, la conviction intime qui découle de tous les faits que j'ai vus, que j'ai touchés, c'est qu'il y a toujours des lésions constantes dans la folie : des hyperémies diffuses ou localisées dans la manie ; des ischémies diffuses ou localisées dans la mélancolie ; des atrophies dans diverses régions, des lésions congénitales dans les états héréditaires, etc. Seulement, il faut savoir les rechercher, les reconnaître et avoir dans l'œil un tableau fidèle des conditions normales de telle ou telle région pour pouvoir dépister, au passage, et affirmer ces états pathologiques. C'est ainsi que, dans ces derniers temps, j'ai pu démontrer les lésions spéciales rencontrées dans le cerveau d'une hystérique, lésions que j'ai lieu de considérer comme spécifiques puisque, jusqu'à présent, je ne les ai jamais rencontrées ailleurs.

Eh bien, Messieurs, je n'hésite pas à le dire devant vous, quand on a aggloméré, par son travail personnel, un grand nombre de faits réels et tangibles, sur un point donné ; quand à ces travaux on vient ajouter le contingent d'une phalange de ses devanciers convergant dans la même direction, n'a-t-on pas quelque droit d'être surpris de voir tous ces matériaux tenus en suspicion et leur utilité contestée ?

Et pour arriver à quels résultats ? — Pour remplacer des faits précis par des conceptions arbitraires ; pour sortir de la réalité pour entrer dans le domaine des théories, et créer ainsi une classification artificielle reposant sur du sable et frappée, dès sa naissance, de caducité.

Bien plus, — et c'est là encore une des objections que je formulerais de la façon la plus accentuée, — pour parfaire votre œuvre vous arrivez non seulement à juxtaposer des types nosologiques qui n'ont aucune cohésion entre eux, mais encore, d'un trait de plume, vous éliminez des entités nosologiques fixes, indéniables, que tous les auteurs ont unanimement admis ; vous supprimez les illusions, les hallucinations sensorielles et viscérales ! — Si bien, qu'au mépris de l'expérience acquise, de l'assentiment général, voilà qu'un groupe de symptômes des plus légitimement reconnus se trouve rayé de vos cadres !

Et ces processus, illusions et hallucinations, alors que de votre côté vous les supprimez, voilà que, de mon côté, mes recherches personnelles me démontrent que leur 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 même, ainsi que je puis vous le faire voir sur ces dessins que je vous présente, leur anatomie pathologique originale.

Voici une série de dessins ou plutôt de calques graphiques pris sur des cerveaux d'hallucinées (femmes) dont j'ai pu suivre pendant plusieurs années les différentes phases d'évolution morbide, depuis les périodes initiales jusqu'aux périodes ultimes de la démence.

Je vous présente comme termes de comparaison deux cerveaux normaux de femmes reproduits par les mêmes procédés, l'une de vingt-sept ans, l'autre de quatre-vingt-dix-neuf ans, non démente.

Dans ces cerveaux normaux vous pouvez voir combien la ligne hémisphérique décrit une courbe régulière, des deux côtés, sur le lobe droit et sur le lobe gauche. La région du paracentral, qui représente le point de confluence des forces psycho-motrices, est au même niveau que les lignes d'ensemble.

Examinez par comparaison ces cerveaux d'hallucinés, vous voyez au contraire l'irrégularité de cette ligne courbe, et vous constatez sur ces cerveaux un lésion fixe, une véritable gibbosité qui se dédouble très nettement et qui est l'expression d'un véritable gonflement organique de la région correspondante. Dans ces derniers cas, la lésion est unilatérale; dans d'autres, elle est bilatérale. Et au point de vue des symptômes observés, dans les premières séries de faits, l'individu avait encore conservé une partie de lui même intacte, et était dédouble, halluciné d'un côté et régulier de l'autre; dans la seconde série, le processus hypertrophique avait gagné les deux régions similaires, et peu à peu cette lésion bilatérale avait améné insensiblement l'obnubilation progressive des facultés, l'excitation, l'absorption si-

lencieuse propre aux individus qui ne parlent plus et tombent finalement dans la démence.

J'ai tenu, Messieurs, à présenter devant vous ces faits anatomiques indéniables, patents, afin de vous montrer sur quelles bases anatomiques sérieuses j'ai songé à établir ma classification, et, d'autre part, pour vous mettre à même de juger la caducité de cet antique édifice des vésanies qui s'écroule par la base, par la seule constatation de ce fait que tous les délires partiels, tontes les monomanies de nos devanciers, le délire des persécutions même, loin d'être considérés comme de simples troubles dynamiques, ne sont, au contraire, que l'expression symptomatique de l'hypertrophie localisée du cerveau, territoire de l'écorce en période d'éréthisme continu.

Et pour en revenir à mon argumentation, voilà donc qu'une série de perturbations mentales de premier ordre, ayant une assiette acquise dans le groupe des troubles cérébraux, se trouve, sans mot dire, rayé du cadre nosologique? — J'aime à croire que sous la dénomination de délire chronique, un certain nombre de ces modalités morbides sont sans doute tenues en réserve? C'est un point sur lequel il sera bon d'avoir quelques éclaircissements.

III. — Si j'ai à m'étonner dans le projet soumis à votre appréciation, de la disparition d'anciens types nosologiques depuis longtemps accrédités dans votre esprit, par contre j'ai à enregistrer la naissance d'un nouveau type : le *délire chronique*, qui, en sa qualité de nouveau venu, prend, dans la classification, la place qu'il a enlevée aux anciens.

Encore ici, Messieurs, je regrette de n'être pas en concordance d'idées avec la majorité des membres de la commission et d'accueillir, sous toutes réserves, cette nouvelle création nosologique qui vient de prendre une si grande part dans le mouvement scientifique de cette société.

Je demanderai donc à M. le Rapporteur : Comment pouvez-vous établir les bases d'une classification, même provisoire, sur de simples symptômes, sur une série de phénomènes instables, interprétés au gré de celui qui les observe et qui ne présentent nosologiquement aucune fixité et aucune garantie! Depuis quand

donc la pathologie mentale tient-elle à sortir des méthodes employées en pathologie interne pour les classifications des maladies? — Depuis quand ce mot « chronique » sert-il à constituer une entité nosologique? Où commence donc la chronicité? — Où finit-elle?

Le délire, c'est un symptôme, c'est le cri du cerveau souffrant, au même titre que la dyspnée est l'expression de la souffrance des organes respiratoires. — Que diriez-vous d'un médecin à qui on demanderait une classification des maladies des organes thoraciques et qui irait créer un chapitre : « De la dyspnée chronique? » — Ne serait-on pas en droit de lui dire : dyspnée, soit; chronique, passe encore, mais cela ne suffit plus à saisir l'esprit scientifique de notre époque à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. Laënnec a heureusement passé par là; il a mis quelque lumière dans tous ces phénomènes, si obscurs avant lui, des maladies de poitrine; il nous a appris combien cette dénomination était insuffisante, et que, si on reconnaît la dyspnée, si on constate sa chronicité, il faut savoir aussi reconnaître quelle est son origine, son siège et son évolution. Est-elle cardiaque? est-elle pulmonaire, bronchitique, pleurale, périodique? Est-elle emphysématueuse?

Et, vous admettez comme moi, tous, que la dyspnée, aiguë ou chronique, est un vaste complexus dans lequel chacun des organes thoraciques vient apporter sa note douloureuse et qu'en somme votre rôle de médecin ne consiste pas à prononcer un vocable facile à retenir qui s'applique à tout, mais, au contraire, à savoir rechercher par l'analyse le siège du mal et où est l'organe souffrant, afin de lui appliquer, si cela vous est possible, les remèdes appropriés. Voilà, Messieurs, à quelles déviations peut conduire l'oubli des grands principes qui règlent les méthodes de la classification des maladies, et comme quoi les inspirations novatrices qui font sortir l'esprit scientifique du respect de ces éternelles vérités ne peuvent, logiquement, conduire qu'à des résultats erronés et à des conclusions décevantes.

IV. — J'aurais encore quelques critiques secondaires de détail à adresser à la commission au sujet de deux points de doctrine qui ne manquent pas d'intérêt.

Il est parlé, dans le tableau proposé, de la « démence simple ». Cette dénomination, permettez-moi de vous l'exprimer, me paraît un non-sens. La démence n'est jamais un état simple ; c'est toujours un état complexe, une série d'états cérébraux multiples, agglomérés. En réalité, je ne saurais trop le redire, la démence ne doit pas être considérée comme un type nosologique ; c'est une fin de maladie ; c'est le point ultime auquel viennent aboutir toutes les vésanies, qu'il s'agisse de la manie, de la mélancolie, des hallucinations, des troubles psychiques de l'hystérie ou de l'épilepsie. Au bout d'un certain temps, l'usure de l'énergie vitale de la cellule cérébrale a lieu. Elle se nourrit mal, s'imprègne de granulations, se momifie et tombe finalement dans la période de nécrobiose. Autant de cellules qui deviennent ainsi improches au service actif de la vie cérébrale, c'est autant d'ouvriers qui disparaissent et c'est ainsi que s'éteint la vitalité de l'esprit, de la mémoire, de l'émotivité, de la volonté, par le fait de la rétrocession lente de tous les éléments du substratum matériel qui servait à leur manifestation. Par cela même, la démence n'est jamais un phénomène simple ; c'est, je le répète, la dernière étape d'un processus commencé depuis longtemps. Ce n'est donc pas un type nosologique fixe.

V.— D'un autre côté, il est parlé de la démence sénile et de l'athérome cérébral ; c'est encore là un point de fait sur lequel je demande à formuler une rectification. Pourquoi donc caractériser, anatomiquement, la démence des vieillards par ce seul mot : l'athérome artériel ? — Pour quiconque a fait un certain nombre d'autopsies de sujets adultes, ne rencontre-t-on pas souvent l'athérome artériel sans démence ? Les véritables lésions de la démence sénile qui la caractérisent essentiellement, c'est l'atrophie cérébrale, la diminution de poids qui se jauge à la balance, et, à l'examen anatomique, par la résorption des fibres blanches et l'élargissement des cavités ventriculaires ; la diminution de poids de la masse encéphalique, et surtout des lobes cérébraux, c'est là le caractère anatomique de l'état de démence, et non pas l'athérome qui n'est qu'un phénomène accessoire.

Il y a enfin un chapitre de la folie héréditaire et de la folie des dégénérés que je ne fais qu'indiquer. Ce sont

là des problèmes complexes sur lesquels je ne veux pas m'appesantir pour le moment. Je désire seulement faire des réserves et réagir contre l'importance extrême et disproportionnée qu'en a donnée à tout cet ordre de faits, attendu que, suivant moi, les idées de Morel et de ses continuateurs, qui veulent faire reconnaître aux vésanies héréditaires une symptomatologie propre et originale, me paraissent reposer sur des données *a priori* plutôt que sur des déductions nettement démontrées.

En résumé, Messieurs, je ne veux pas prolonger cette discussion, ni revenir sur des questions battues qui ont tenu l'attention de la Société si longtemps en éveil. En présence du programme qui lui a été proposé, je me contente de soumettre quelques critiques personnelles adressées à la classification proposée. Soucieux, autant que quiconque, de sa bonne renommée scientifique, j'ai cru devoir proposer quelques réserves sur quelques points et en particulier sur l'admission du « délire chronique » au rang de type nosologique original. J'ai montré que ce n'est là qu'un symptôme essentiellement variable, fugace, suivant les sujets et qu'en bonne nosologie, il ne convenait pas de s'appuyer sur des documents aussi instables pour bâtir une classification viable.

J'ai particulièrement regretté de voir les idées d'une classification anatomique mises de côté, et le peu d'attention donné à la physiologie des organes encéphaliques, qui en définitive sont les instruments de la machine dont il s'agit de classer les écarts : j'ai naturellement regretté de voir, aussi, laisser dans l'ombre toute une série de processus morbides, tels que les illusions, les hallucinations, les impulsions automatiques qui sont les éléments essentiels et immuables que l'on rencontre constamment au fond de tous les troubles psychiques.

J'ai pensé, Messieurs, dussé-je être seul de mon opinion, qu'il était bon de réagir contre certains entraînements que l'on rencontre parmi les hommes assemblés ; et, en présence de l'approbation à donner à un acte qui va recevoir de cette Société comme une sorte d'investiture officielle, je me suis dit, comme membre de la minorité de cette Société, qu'il était opportun de faire quelques réserves, de montrer le mal fondé du principe mis en avant, et le peu de consistance des documents fournis

pour l'édification de cette classification proposée à votre examen et, comme conclusion pratique, je proposerai donc, en considérant, d'une part, le peu de maturité des esprits contemporains dans le sens d'une classification purement anatomique, et, d'autre part, en présence de l'insuffisance et les défauts organiques du projet de la Commission, de reprendre la proposition faite à la dernière séance par notre collègue M. Dagonet, c'est-à-dire l'ancienne classification de M. Baillarger, amendée et et accommodée aux idées de notre génération, en sachant bien que nous ne présentons pas une œuvre stable et cohérente, mais bien une classification d'attente, et d'en rester là.

*Un paralytique général parricide.*

M. CAMUSSET. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous prier de m'accorder quelques courts instants d'attention afin de vous exposer un fait clinique, qui m'a paru insolite, et sur la nature duquel je serais très heureux d'avoir vos appréciations.

Il s'agit d'un parricide commis par un paralytique général d'une manière étrange et tout à fait différente du *modus faciendi* habituel des malades atteints de méningo-encéphalite diffuse.

Il est superflu de rappeler que la niaiserie et la présomption constituent le cachet des actes des paralytiques généraux. On sait aussi que ces malades sont souvent violents et irascibles, au moins par intervalles et à toutes les périodes de leur affection ; et enfin que leurs actes ont un caractère particulier. C'est au point que lorsqu'on vous dit qu'un aliéné a fait certaines actions, et d'une certaine façon, qu'il a commis tel délit, tel meurtre même, dans telles circonstances, vous le supposez, et à juste raison, atteint de paralysie générale.

Les faits et gestes des paralytiques, sans être pathognomoniques, n'en font pas moins partie intégrante du tableau clinique de la démence paralytique.

Eh bien ! l'homme dont je veux vous entretenir, et qui a tué sa mère, n'a laissé voir, dans la perpétration de son meurtre, rien de ce qui caractérise le *faire* ordi-

naire des aliénés paralytiques. Il a agi comme eût pu le faire un maniaque épileptique, et pourtant il était paralytique général et son affection était déjà ancienne.

Voici l'observation :

Le nommé Pierre B..., âgé de quarante-cinq ans, n'est pas absolument exempt d'antécédents héréditaires névropathiques. — Son père, buveur et rhumatisant, est mort d'une affection des voies urinaires. — Sa mère, quoique d'une bonne santé, comptait beaucoup de déséquilibres parmi ses proches. Une de ses tantes, trois cousins et une cousine étaient d'une « *originalité qui frisait la folie* », selon l'expression du confrère qui m'a donné ces renseignements. Mais aucun de ses parents n'était réellement aliéné ni épileptique.

Pierre B... a eu une existence assez agitée, et d'abord il s'est toujours fait remarquer par son orgueil et son originalité. Il a commencé par être soldat et est arrivé sous-officier. Son temps de service terminé, il est rentré dans son pays et s'est marié. Mais il s'est mis à jouer, à avoir des maîtresses, à dissiper enfin la fortune du ménage et sa femme n'a pas tardé à le quitter. Il partit alors pour l'Amérique où il séjourna longtemps, il y exerça plusieurs métiers, ne réussit à rien et rentra en France. Depuis lors, il a vécu avec sa mère, à la campagne, dans une petite propriété qu'il cultivait lui-même.

Trois ans environ avant le meurtre, une modification sensible se manifesta dans sa façon d'être. Il devint triste, inquiet, fuyant le monde. Quand on venait voir sa mère, il se cachait et observait à la dérobée les visiteurs. Plus tard, on s'aperçut que sa mémoire diminuait et qu'en même temps il devenait d'une activité étrange. Il bêchait, par exemple, avec acharnement, des journées entières, une pièce de terre, mais il n'y semait rien, — ce qui, entre parenthèse, est bien un acte de paralytique. — Toujours concentré et taciturne, lui qui n'avait jamais été emporté ni querelleur, il eut, par intervalles, des accès de violence à l'égard de sa mère. Ces accès se manifestaient brusquement et sans motif. Il en arriva à la frapper. — Quand les parents, les voisins lui faisaient des reproches, il écoutait impas-

sible et répondait invariablement qu'il n'avait jamais battu sa mère, qu'on se trompait.

Un jour enfin, dans une de ces colères subites, armé d'un chenet de cheminée, il se précipita sur sa mère et lui brisa le crâne, puis il s'acharna sur elle et lui fit, toujours avec son chenet, des blessures nombreuses et profondes à la face, aux membres, à la poitrine, partout. La mort fut immédiate.

On arriva aussitôt après le meurtre et l'on trouva Pierre B... debout près du cadavre, l'air impassible et triste comme à l'ordinaire. Sans manifester d'émotion, il affirma qu'il n'avait pas tué sa mère et qu'il ne savait pas ce qu'on lui voulait.

Reconnu aliéné et irresponsable, il fut envoyé à l'asile de Cadillac, où il arriva le 22 octobre 1886. J'étais alors chargé du service médical de cet asile, et c'est là que je vis et observai Pierre B....

Tous les détails que je viens de donner sont rigoureusement exacts. Je les tiens du médecin de la famille, qui a suivi le malade jusqu'à son entrée à l'asile, qui l'a vu de suite après le meurtre et enfin qui a été chargé de faire un rapport médical sur l'état du cadavre et sur la situation mentale du meurtrier.

Voici maintenant la suite de l'observation prise à l'asile :

Pierre B... est robuste, fortement musclé et ne présente aucun stigmate physique de dégénérescence. Il est en mélancolie avec stupeur assez prononcée. Il reste assis immobile, ne parle jamais spontanément et ne répond que difficilement, par monosyllabes ou par quelques phrases courtes prononcées à voix basse, presque indistinctes. — Il ne veut pas manger. On est obligé de le nourrir à la sonde, opération difficile, il oppose une résistance remarquable.

Le cinquième jour après l'arrivée, il se réveille un peu, il mange seul et répond plus volontiers. On s'aperçoit alors que sa parole est hésitante, qu'il bégaye, que sa langue et ses lèvres sont animées de petits tremblements fibrillaires. En plus, ses pupilles sont inégales.

« Pourquoi avez-vous tué votre mère ?

— Je ne l'ai pas tuée, répondit-il, difficilement, elle

est chez nous, elle vit. » Si on insiste, il ne répond plus, il regarde par terre et se met à pleurer.

Cet état persiste une quinzaine de jours sans grand changement, puis inopinément se déclare une congestion cérébrale épileptiforme très violente.

A la suite de cette congestion, le malade reste très affaibli et il arrive rapidement à la dernière période de son affection. Il ne comprend plus, marche difficilement, se surexcite un peu parfois et alors il marmotte les mots millions, milliards. Il meurt enfin le 17 janvier 1887, après avoir eu, à plusieurs reprises, des congestions épileptiformes, mais moins violentes que la première.

La paralysie générale était évidente et l'autopsie, dont voici le résumé, confirma le diagnostic.

Liquide céphalo-rachidien très abondant. — Épaississement et hyperémie des méninges. Traînées opaillines le long des gros vaisseaux. Adhérences méningo-corticales surtout en avant. — Ramollissement de la substance corticale, principalement au niveau des circonvolutions frontales.

En résumé, un homme un peu déséquilibré, après une existence accidentée, est atteint de paralysie générale. Au début de l'affection, le délire n'est ni orgueilleux ni hypochondriaque mais simplement mélancolique avec idées de persécution. L'intelligence s'affaiblit progressivement, puis le malade devient sujet à des accès de fureur dont il semble ne pas se rendre compte. Pendant un de ces accès, il tue sa mère à l'instar des aliénés épileptiques, c'est-à-dire en s'acharnant sur le cadavre. Il n'a pas conscience ou il n'a qu'une conscience incomplète de son acte. Ensuite il tombe en stupeur. Enfin, il a une attaque congestive violente après laquelle la stupeur se dissipe, mais la démence se manifeste profonde. Quelques bouffées de délire de grandeur, marrasme et mort.

Ce n'est pas la forme ni la marche du délire qui me semblent étranges dans cette paralysie générale, c'est le meurtre et surtout la façon dont il a été exécuté.

Il n'est pas rare de rencontrer des idées de persécution dans la paralysie générale, de la mélancolie et de la stupeur. On voit parfois la maladie débuter par la

mélancolie stupide, surtout chez les femmes. Mais je ne sais si l'on a vu souvent des paralytiques tuer ainsi à la façon des maniaques épileptiques.

Le sujet n'était pas alcoolique. Il avait toujours été sobre, même dans ses plus grands écarts de conduite. Il n'avait pas fait d'excès de boisson pendant sa maladie, ce qui arrive à beaucoup de paralytiques sobres jusqu'à là. — Il n'était pas épileptique non plus. Jamais, chez lui, on n'avait constaté le moindre signe d'épilepsie, convulsive ou larvée.

Enfin, Messieurs, je m'abuse peut-être et mon manque d'expérience me fait trouver étrange un fait clinique dont vous connaissez des exemples, sinon identiques du moins analogues. Et c'est pour cela, pour que vous m'éclairiez, que j'ai pris la liberté de vous communiquer l'observation de mon malade, observation qui, à moi, me paraît intéressante, et au point de vue clinique et au point de vue médico-légal.

M. MARANDON DE MONTYEL fait observer que chez les aliénés circulaires le meurtre est habituellement plus combiné et prémedité que chez les paralytiques généraux, dont les violences sont le fait d'une impulsion soudaine et irraisonnée, d'un mouvement inconscient.

M. CAMUSET ne pense pas qu'on puisse établir des éléments de différenciation entre le paralytique général et le circulaire d'après le caractère, les dispositions bienveillantes ou malveillantes. On a, d'après lui, exagéré la docilité et la passivité du paralytique général.

M. PAUL GARNIER fait remarquer que l'irritabilité et la turbulence plus ou moins agressive de certains paralytiques généraux ne suffisent pas à infirmer cette proposition, à savoir que, tout compte étant fait des exceptions, le paralytique général est d'ordinaire beaucoup plus souple et dirigeable que l'aliéné atteint de la variété d'excitation maniaque propre aux folies intermittentes ou alternes.

M. LEGRAIN. — Le malade de M. Camuset est un héritaire. L'impulsion à l'homicide, qui est une anomalie dans la vie des paralytiques généraux, peut trouver, je crois, son explication dans cette influence. On sait, en effet, que la démence, comme les poisons psy-

chiques, faisant perdre à l'intelligence son régulateur ordinaire, tantôt d'une façon irrémédiable, tantôt d'une façon passagère, laisse le champ libre à toutes les impulsions natives plus ou moins inconsidérées, plus ou moins conscientes. Ce que je viens de dire de l'homicide du paralytique, on peut le dire de son suicide, qui est également une rareté. J'ai connu deux paralytiques générales dont le premier acte saillant au début de leur affection fut une tentative de suicide, accomplie froide-ment, en plein jour, au vu et au su de tout le monde, avec cette niaiserie caractéristique des actes habituels aux paralytiques. Or, ces deux suicidées étaient simple-ment des héréditaires de mélancoliques suicidés. Ce facteur hérédité avait donc exercé, dans l'espèce, une influence déterminante sur les actes des deux paralyti-ques. En résumé, quand on relate à l'actif d'un dément un acte bizarre, qui sort du tableau clinique habituel de la maladie, je crois qu'il est bon d'explorer le *subs-tratum* mental des malades, et d'interroger leur passé de famille.

M. VALLON tient à s'inscrire contre cette tendance qu'on a à se représenter le paralytique général comme étant toujours un malade doux, docile, bienveillant. Il cite à l'appui de son opinion, un aliéné de son service qui, chaque matin, au moment de la visite, s'agit et cherche à le frapper.

M. BRIAND demande à M. Camuset si le malade dont il a rapporté l'observation n'avait pas eu, dans les heures qui ont précédé les violences auxquelles il s'est livré, une attaque épileptiforme, ictus qui pourrait expliquer son agression, car on sait que de semblables attaques modifient les tendances du paralytique général qui peut devenir impulsif sous le coup de la crise épilep-tiforme.

M. CAMUSET. — Cette interprétation ne peut être donnée dans le cas actuel, le malade n'ayant pas eu d'attaque.

La séance est levée à 6 heures.

PAUL GARNIER.

## SÉANCE DU 28 JANVIER 1889

**Présidence de MM. COTARD et BALL.**

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

*Installation du Bureau.*

M. COTARD. — Messieurs, avant de quitter le fauteuil de la présidence, permettez-moi de vous exprimer encore une fois toute ma gratitude pour l'honneur dont votre bienveillance m'a jugé digne.

Si je n'ai pas été trop au-dessous de ma tâche, je le dois à vous, mes chers collègues, qui me l'avez rendue facile; je le dois aussi aux membres du Bureau, en particulier à notre excellent secrétaire général dont je n'ai pas besoin de louer devant vous le zèle et le dévouement aux intérêts de notre Société.

Parmi les travaux qui nous ont occupés cette année, la question du délire chronique a pris une place tout à fait prépondérante et a suscité de vives discussions.

Après comme avant la bataille, partisans et adversaires du délire chronique ont gardé leurs positions respectives. Si, à cet égard, la lutte a pu paraître stérile, il n'en est pas moins vrai que quelques points de l'histoire du délire de persécutions, ses limites, ses variétés et son évolution, ont été examinés de plus près qu'on ne l'avait fait jusqu'ici.

Les limites qui séparent le délire de persécutions de certaines formes de mélancolie ne sont pas toujours faciles à préciser; on confond trop souvent ces formes vésaniques dont les analogies apparentes cachent des différences profondes. Legrand du Saulle lui-même n'a pas toujours évité des erreurs de ce genre.

En voulant réunir dans un même groupe les persécutés et les malades à idées de ruine, de damnation et de possession, les partisans du délire chronique me paraissent avoir encore aggravé cette confusion.

Ce n'est que par une étude plus approfondie des

diverses formes de mélancolie que nous pourrons tracer une frontière dont quelques points me semblent cependant déjà fixés.

Les limites du délire de persécutions et des formes dites héréditaires ou dégénératives de la folie sont encore plus mal définies.

Les cas mixtes abondent.

Les progrès de notre science établiront sans doute des variétés dans le groupe confus des folies dites héréditaires ; déjà, dans ce *caput mortuum*, nous pouvons apercevoir des catégories de faits qui se rapprochent du délire de persécutions au point de s'y confondre, tandis que d'autres en restent profondément distinctes.

L'évolution du délire de persécutions, ses débuts, ses terminaisons, la fréquence de la mégalomanie, le mode d'apparition des idées de grandeur et leurs rapports avec les idées de persécution ont été l'objet de discussions particulièrement intéressantes ; on devra se rapporter aux comptes rendus des séances de la Société, chaque fois que ces questions seront remises à l'étude.

Enfin, les recherches historiques sur le délire de persécutions nous ont rappelé ce que nous devons à nos devanciers : à Falret, pour la systématisation progressive des délires partiels chroniques ; à Lasègue, pour la création, comme forme spéciale, du délire de persécutions ; à Morel, pour l'évolution délirante qui de l'hypocondrie aboutit aux idées de grandeurs en passant par les idées de persécution.

Les travaux plus récents de Foville, de Legrand du Saulle, de J. Falret, n'ont pas été oubliés.

M. J. Falret nous a rappelé lui-même que, depuis longtemps dans ses cours, il a résumé synthétiquement les travaux antérieurs et décrit le délire de persécutions dans son évolution et ses périodes successives, en le distinguant des formes raisonnantes et des délires polymorphes de la folie héréditaire.

Nous avons pu ainsi rendre justice à qui de droit et en même temps nous rendre compte de ce que le délire chronique avait ajouté aux connaissances déjà acquises.

La discussion sur le délire chronique s'est continuée, pour ainsi dire, dans la discussion sur la classification des maladies mentales.

La regrettable scission que le délire chronique avait produite dans notre Société va-t-elle se perpétuer avec la discussion présente ?

Je ne veux pas le croire.

Je suis convaincu que lorsque vous aurez examiné froidement l'objet du conflit, lorsque vous aurez fait la part de ce coefficient personnel qui entre dans toutes nos opinions, qui nous passionne, nous divise et que le progrès scientifique doit éliminer peu à peu, vous jugerez qu'il y a dans notre spécialité assez de faits positifs pour que l'accord puisse se faire sur ce terrain inébranlable, si toutefois nous laissons de côté l'ontologisme, les entités et les questions de mots.

Je vous demande pardon, Messieurs, de ces quelques paroles de regret au sujet de nos divisions.

J'en ai senti l'amertume dans une circonstance solennelle toute récente.

Vous ne m'en voudrez pas si je fais appel à la concorde et au véritable esprit scientifique qui en est le plus sûr garant.

La discussion sur le délire chronique n'a pas tellement rempli nos séances que nous n'ayons à vous signaler d'autres travaux sur divers sujets.

Les guérison par suggestion, l'hypnotisme et ses dangers, la paralysie générale, l'épilepsie, l'alcoolisme et la morphinomanie, ont été l'objet de communications et de discussions intéressantes.

Messieurs, notre Société a été éprouvée cette année par la mort de plusieurs de ses membres les plus distingués.

Nous avons perdu Hildenbrand, le collaborateur assidu des *Annales*; Brochin, membre fondateur et ancien président de notre Société; Brochin, malgré ses préoccupations absorbantes de journaliste, n'a jamais cessé de s'intéresser à nos travaux et d'y associer le monde médical par la publicité si étendue de la *Gazette*. Nous avons perdu Fournet, l'un des plus estimables représentants de l'ancienne psychologie; Ramaer, inspecteur général des asiles de la Hollande, fondateur de la Société psychiatrique de Hollande et membre associé de la nôtre; Bernard, lauréat de la Société, membre

correspondant, prématurément enlevé à l'âge de trente ans.

Les candidatures ont été nombreuses. Nous avons été heureux de souhaiter la bienvenue à nos nouveaux collègues, MM. Vallon, Pottier, Lemoine, Marandon de Montyel, Donnet, Chambard, Vétault, Dupain, Pichon, Lagrange, Déricq, Petit et Ramadier.

Nous n'avons pas été moins heureux d'accueillir comme membres associés notre savant confrère le Dr Schüle, d'Illenau; le professeur Popoff, de Varsovie; le Dr Venturi, de Naples, et M<sup>me</sup> Gorsky, de Saint-Pétersbourg.

Messieurs, M. le Dr Falret, retenu par un deuil de famille, m'a chargé de vous exprimer tous ses regrets de ne pouvoir assister à la séance. Je prie M. le professeur Ball de vouloir bien prendre place au fauteuil.

M. BALL, en prenant place au Bureau en qualité de vice-président, exprime le regret de ne pas voir M. Falret prononcer le discours d'usage. Il espère que ce discours sera prononcé à la prochaine séance.

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

La correspondance manuscrite comprend :

1<sup>o</sup> Des lettres de remerciements de MM. Calmeil et Ramadier ;

2<sup>o</sup> Une lettre de candidature au titre de membre correspondant de M. Febvré, médecins en chef à l'asile de Ville-Evrard. Commission : MM. Marandon de Montyel, Chambard et Christian, rapporteur.

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL fait connaître qu'il a reçu de plusieurs médecins, directeurs des asiles de province, des lettres exprimant le voeu d'un changement dans la date du congrès international de médecine mentale ; l'époque fixée coïncide, en effet, avec la réunion des conseils généraux auxquels nos collègues de province sont tenus d'assister. — Ces lettres sont renvoyées au Comité d'organisation du Congrès.

M. COTARD fait hommage à la Société de son article *Hypochondrie* du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

*Nomination des Commissions des prix Esquirol et Belhomme.*

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Un seul mémoire a été envoyé pour le prix d'Esquirol ; il a pour titre : « Contribution à l'étude de la folie des vieillards, » et porte pour épigraphe : *In senectute claudicat ingenium.*

La Commission du prix Esquirol est composée de MM. Baillarger, Blanche, Mitivié, Pichon et Ritti.

Aucun mémoire n'ayant été envoyé pour le prix Belhomme à décerner en 1889, il y a lieu de nommer une nouvelle Commission chargée de dresser le programme du prix qui sera décerné en 1890.

Cette Commission, nommée au scrutin, est composée de MM. Briand, Christian, Magnan, Séglas et Vallon.

*Rapport de la Commission du prix Aubanel.*

M. J. SÉGLAS. — Messieurs, vous aviez chargé la Commission du dernier prix Aubanel, composée de MM. Falret, Charpentier, Briand, Féret et Séglas, de se réunir à l'effet de vous proposer une question pour le prochain prix Aubanel et de fixer le montant de ce prix. Notre trésorier nous ayant fait savoir que la caisse Aubanel renfermait aujourd'hui 3,000 francs environ, nous avons pensé qu'on pourrait fixer le montant du prix prochain à 2,400 francs, réservant ainsi quelques centaines de francs, pour maintenir toujours à un taux à peu près semblable les sommes à distribuer à chaque concours.

D'un autre côté, après nos discussions prolongées sur les héréditaires et sur le délire chronique, la Commission a été unanime à penser qu'il serait bon de choisir un sujet en dehors de ces matières, d'autant plus que les questions posées aux derniers concours avaient été prises dans cet ordre d'idées. Nous avons donc songé à nous adresser cette fois à la paralysie générale et voici la question que nous soumettons à votre approbation : « *Des difficultés du diagnostic différentiel de la paralysie générale avec les diverses formes de la folie.* »

Une question nous a été posée par un des membres

de la Commission. Vous savez, Messieurs, qu'au dernier concours le prix Aubanel n'a pas été décerné, mais que l'on a distribué seulement des mentions. L'un des concurrents demande si, ayant obtenu une de ces mentions, il peut se dire lauréat. Nous croyons que, dans des cas analogues, on ne peut pas évidemment se dire « prix Aubanel », mais qu'on peut prendre le titre de « lauréat de la Société médico-psychologique » du moment qu'on a obtenu une récompense dans un concours pour l'un des prix que décerne cette Société.

Les conclusions du rapport précédent sont adoptées à l'unanimité des membres présents.

*Rapport de la Commission des finances.*

M. MITIVIÉ. — Messieurs, au nom de MM. Guignard et Mitivié, chargés d'examiner les comptes du trésorier pour l'exercice 1888, j'ai l'honneur de vous exposer la situation suivante :

Au 31 décembre 1887 l'actif de la Société était représenté par une somme de... .... 6,630 fr. 10 c.

A laquelle il faut ajouter les recettes de l'année. . . . .	1,329	60
Ce qui portera l'actif à la somme de	7,950	fr. 70 c.
Les dépenses s'étant élevées à . . .	1,134	90
Il resterait comme disponible . . .	6,824	fr. 80 c.
M. le trésorier ayant touché le legs Bourdin et l'ayant placé en un titre de rente 3 p. 100 de 36 fr., l'actif au 31 décembre 1888 se trouve ainsi composé :		
Rente 3 p. 100. . . . .	5,090	fr. 05 c.
Fonds disponibles. . . . .	2,729	75
Total. . . . .	7,819	fr. 80 c.

D'après ces chiffres, vous voyez, Messieurs, que grâce à la stricte économie avec laquelle M. le trésorier administre votre caisse, les recettes annuelles, 1,329 fr., et les dépenses, 1,134 fr., sont presque en balance; qu'il y a à peine un excédent de recettes de 200 fr. pour faire face à l'imprévu et pour grossir notre faible réserve, qui s'élève à ce jour à . . . 2,729 fr. 75 c.

Il me reste à vous faire connaître le détail des diverses caisses avec affectation spéciale.

1<sup>o</sup> La caisse Aubanel se montait en  
1888 à . . . . . 3,994 fr. 45 c.  
Il a été distribué en prix . . . . . 2,000

Il reste donc en caisse. . . . . 1,994 fr. 45 c.  
 qui, ajoutés aux 800 fr. à percevoir  
 dans l'année, donneront au 31 décem-  
 bre 1889 un disponible de. . . . . 2,794 fr. 45 c.

2° La caisse Belhomme contenait, au 31 décembre 1888, 835 fr.; il n'y a eu aucun prélèvement fait; ce sera donc une somme de 1,135 fr. disponible au 31 décembre 1889.

Enfin, la caisse Moreau (de Tours), qui s'élevait à 250 francs, par suite de paiement de prix de 200 fr., est réduite à 50 fr. et, au 31 décembre 1889, représentera 150 fr. C'est donc en totalité une somme de 4,079 fr. que votre Société pourra distribuer en prix dans l'exercice 1889; votre conseil décidera ceux qu'il jugera à propos d'affecter à l'année présente.

Votre Commission, après examen des comptes et des pièces à l'appui, vous demande d'en reconnaître avec elle la régularité et de les approuver; elle vous propose ensuite d'adresser des remerciements à M. le trésorier, dont vous connaissez depuis longtemps tout le zèle.

Des remerciements sont votés à M. Aug. Voisin, trésorier.

*Rapports de candidatures.*

M. CHRISTIAN. — Messieurs, je viens au nom d'une Commission dont je fais partie avec MM. Semelaigne et Ritti, vous lire un court rapport sur la candidature, au titre de membre correspondant, de M. le D<sup>r</sup> Samuel Garnier, médecin-directeur de l'asile de la Charité.

Après avoir commencé ses études à la Faculté de médecine de Strasbourg, M. Garnier remplit pendant la guerre de 1870-71 les fonctions de sous-aide-major à l'hôpital militaire de Grenoble, puis il alla se faire recevoir docteur à Montpellier, avec une thèse « sur le Synchisis, ou ramollissement du corps vitré » (1873).

Il pratiqua la médecine pendant quelques années, jusqu'en 1881, où il fut nommé médecin-adjoint à l'asile de Dôle. Il remplit successivement les mêmes fonctions

aux asiles de Dijon et de Baillenl, et, depuis le mois d'avril 1887, il occupe son poste actuel.

Notre confrère a publié un grand nombre de travaux se rapportant à l'aliénation mentale : plusieurs rapports médico-légaux et les rapports médicaux et administratifs sur l'asile dont il a la direction.

Ces documents échappent à l'analyse; même le travail manuscrit considérable que l'auteur présente spécialement à l'appui de sa candidature et dans lequel il fait l'historique de l'asile d'aliénés de la Charité depuis 1807, époque où c'était un dépôt de mendicité, — même ce travail, bourré de chiffres et de documents statistiques, ne saurait vous être exposé dans ses détails.

Je ne m'arrêterai un instant que sur les recherches que M. Garnier a faites récemment sur le *sulfonal* et qui ne sont pas encore entièrement publiées. Elles ont paru en partie dans le *Progrès médical* (13 octobre 1888); les *Annales médico-psychologiques* en ont commencé la publication dans leur numéro de janvier. D'après les essais qu'il a faits, notre confrère considère le sulfonal comme un somnifère excellent, à la dose de 2 à 5 grammes. Il lui a paru que l'effet n'est certain que s'il est donné en une fois à dose massive; mais ce serait un médicament d'autant plus précieux qu'il n'a aucune action ni sur la circulation, ni sur la respiration; il paraît seulement agir sur la locomotion en déterminant des vertiges et une ivresse légère. M. Garnier a donné le sulfonal à dix-sept aliénés (11 hommes et 6 femmes), dans le but de leur procurer un sommeil, dont ils étaient privés depuis longtemps. Les résultats qu'il a obtenus sont fort encourageants; il faut espérer que le sulfonal ne sera pas comme ces innombrables médicaments, qui, vantés outre mesure à leur apparition, disparaissent sans laisser de traces.

En résumé, Messieurs, vous voyez par la simple énumération des publications de M. Garnier, combien notre confrère est actif et laborieux; il continuera à utiliser les ressources cliniques dont il dispose, et vous pourrez être certains qu'en lui donnant le titre qu'il sollicite, vous vous adjoindrez un collaborateur qui tiendra à honneur de prendre une part sérieuse à vos travaux.

Conformément aux conclusions du précédent rapport, M. Samuel Garnier est, à l'unanimité, nommé membre correspondant.

M. LEGRAIN. — Messieurs, dans votre dernière séance, vous avez nommé une Commission, composée de MM. Magnan, Bouchereau et Legrain, rapporteur, à l'effet d'examiner la candidature de M. le docteur Blaise au titre de membre correspondant de notre Société. J'ai l'honneur de soumettre à votre approbation les conclusions qui ont été adoptées par cette Commission.

M. Blaise a été nommé en 1884, après concours, interne des asiles de la Seine. Dès les premiers temps de son internat, il fut séduit par les études psychiatriques, et son esprit chercheur fut vivement sollicité par les problèmes ardu斯 de notre spécialité. Presque son contemporain dans l'internat, j'ai pu apprécier par moi-même la somme de travail qu'il a fournie pour accumuler de nombreux travaux cliniques, documents ramassés là et là tout d'abord, sans but déterminé, mais destinés, grâce à une heureuse sélection, à former les bases de deux travaux, dont je vous rappellerai dans un instant les grandes lignes.

Après deux années de séjour dans les asiles extérieurs, la première année à Vaucluse, la seconde à Ville-Évrard, il vint à Sainte-Anne dans un grand service, celui de l'admission, où le mouvement intense de la population lui permit d'examiner un nombre considérable de malades. Bien préparé à des études cliniques plus élevées, il put, sous la direction de M. Magnan, compléter ses connaissances, les coordonner et imprimer une nouvelle direction à son esprit. C'est dans ce service qu'il s'attacha à l'élaboration d'un travail intéressant qui fut sa thèse inaugurale, justement récompensée par la Faculté de médecine.

Cette thèse, intitulée : « Impulsions, amnésies, responsabilité chez les aliénés, » mérite qu'on s'y arrête un instant.

Ce travail est essentiellement clinique et basé sur trente observations dont la critique est très serrée. Dans cette œuvre de sémiologie autant que de psychologie physiologique, l'auteur a voulu étudier l'aliéné dans ses différents modes de réaction extérieure, mo-

dalités qui se trouvent dans un rapport constant avec les différents genres et espèces de psychoses dont ces malades peuvent être affectés. L'idée mère du travail peut se résumer en ceci : l'aliéné réagit d'une façon qui lui est spéciale dans chaque cas particulier. C'est affaire de terrain. Pourtant son activité réactionnelle s'exerce toujours dans un sens déterminé et constamment le même pour chaque forme mentale.

Prenant à part chacun des grands chapitres de la pathologie mentale, M. Blaise étudie successivement les impulsions conscientes ou inconscientes chez les déments séniles, les paralytiques généraux, les faibles d'esprit, les épileptiques, les dégénérés, les alcooliques, les maniaques, les délirants persécutés et les mélancoliques. Donnant un sens peut-être un peu trop large à l'idée d'impulsion, il comprend sous ce nom tout acte échappant au contrôle des centres nerveux chargés, soit de le diriger, soit d'y faire obstacle, que cet acte soit conscient ou non.

Pour lui, par conséquent, chez le paralytique général, qui collecte tout ce qui lui tombe sous la main, sans avoir conscience de ce qu'il fait, chez le mélancolique, le buveur, le persécuté qui obéissent à des hallucinations ou aux conséquences d'un délire confondu, il y a impulsion. On voit qu'une telle conception de ce phénomène psychique englobe évidemment la majeure partie des actes des aliénés.

Etudiant alors comparativement les impulsions dans chaque groupe morbide, l'auteur en isole les grands caractères. A l'épileptique appartient l'impulsion type, impulsion soudaine, inconsciente, suivie d'amnésie. L'auteur admet, tout en faisant des réserves, que parfois l'impulsion de l'épileptique remplace la crise, laquelle alors se manifeste seulement par une impulsion dont le malade peut conserver le souvenir.

Les actes impulsifs des déments et des malades à intelligence affaiblie, en général, sont marqués au coin de l'absurdité la plus profonde, témoin de la déchéance psychique dont sont irrémédiablement frappés ces malades. Chez le dégénéré, l'impulsion est parfaitement consciente et s'accompagne de tout un cortège de phénomènes d'émotivité bien caractéristique. Chez l'alcoo-

lique, l'impulsion, consécutive à une hallucination ou à une idée délirante, est soudaine, ordinairement consciente et non suivie d'amnésie. Le persécuté réagit comme un individu qui se défend ; il peut être violent, agressif. Enfin, chez le mélancolique, l'impulsion revêt la forme du suicide.

Le travail de M. Blaise est complété par des considérations médico-légales touchant la responsabilité des impulsifs, qu'ils soient amnésiques ou non. L'intérêt de ces considérations repose sur une statistique des actes impulsifs accomplis par les aliénés entrés dans le service de l'admission dans les six premiers mois de 1887.

Sur 1,013 malades entrés, 263 sont impulsifs et 37 ont subi diverses condamnations. Ce simple relevé présente un très haut intérêt.

En 1887, M. Blaise a fait à la Société de psychologie physiologique une communication concernant quatre dégénérés héréditaires, ayant présenté un nombre considérable d'obsessions et d'impulsions irrésistibles, tous phénomènes en apparence très dissemblables, mais essentiellement de même nature, comparables entre eux, parce qu'ils jouissent des mêmes caractères psychologiques et qu'ils reposent sur un terrain préparé par l'hérédité. Les syndromes relevés à l'actif des quatre malades en question ont été : l'agoraphobie, la dipsomanie, l'impulsion au jeu, au vol, à l'homicide, la folie du doute et le délire du toucher. Ces différents états psychiques ont coïncidé ou se sont succédé chez la plupart de ces malades.

Ces différents travaux, Messieurs, vous mettent à même d'apprécier les connaissances spéciales et les mérites de M. Blaise. Ils vous montrent qu'il est rompu aux difficultés de la clinique mentale, qu'il a voulu surtout rester sur le terrain de l'observation pure et simple sans chercher à s'égarer dans le domaine de la théorie ou de l'hypothèse. Il possède donc les qualités d'un observateur patient et éclairé. Il est en outre expérimenté, comme peut l'être un médecin qui a vécu pendant plusieurs années au contact des aliénés. Sa collaboration peut donc être utile à votre Société. Telle a été du moins le sentiment de votre Commission, qui

est unanime à vous demander d'admettre M. Blaise au milieu de vous.

Conformément à ces conclusions, M. Blaise est, à la majorité des votants, nommé membre correspondant.

M. MARANDON DE MONTYEL. — Le Dr Roberto Massalongo, qui sollicite le titre de membre correspondant de notre Société, est un ancien élève de la Faculté de Paris. Il a été externe des hôpitaux durant les années 1884 et 1885, et attaché aux laboratoires des professeurs Vulpian et Cornil. Il n'a pas oublié, Messieurs, que chez nous il acquit une partie des connaissances qui ont fait de lui un des médecins les plus instruits et un des écrivains les plus féconds de son pays. Aussi a-t-il tenu, en échange de l'hospitalité et de l'instruction reçues, à nous témoigner sa reconnaissance en consacrant à son maître Vulpian, après sa mort, une notice émue sur son œuvre et en publiant quelques-uns de ses remarquables travaux dans nos grands journaux scientifiques. C'est ainsi qu'il donna aux *Archives de médecine* son mémoire, avec faits nouveaux à l'appui, sur la théorie infectieuse de la pneumonie; à la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, son travail sur la maladie Hogdson; au *Progrès médical*, son étologie des processus pneumoniques aigus; aux *Archives de physiologie normale et pathologique*, sa contribution à l'étude expérimentale de la pneumonie et de la broncho-pneumonie dont les matériaux furent recueillis dans les laboratoires de la Faculté, et tant d'autres communications intéressantes aux Sociétés anatomique, de thérapeutique et d'hygiène dont fait partie d'ailleurs M. Roberto Massalongo en qualité de membre correspondant.

Mais ce savant confrère a des titres encore plus sérieux à nos suffrages; il compte, en effet, parmi les neurologistes les plus distingués de l'Italie. Tous, nous le savons, car tous nous avons lu et apprécié à leur grande valeur ses travaux sur l'hémiathétose post-hémiplégique et l'athétose double, sur l'atrophie musculaire dans les paralysies hystériques, sur la maladie de Parkinson et la maladie de Friedreich, sur les névrites multiples et les scléroses de la moelle; comme tous nous lirons, dès qu'ils auront paru et non sans

profit, à en juger par leurs aînés, les mémoires qu'il nous annonce sur l'atrophie musculaire progressive, l'agraphie et l'apoplexie hystérique. En s'attachant le Dr Massalongo, la Société médico-psychologique ne rendra pas seulement justice aux mérites scientifiques et professionnels du candidat, elle s'enrichira, j'en suis certain, d'un membre actif dont elle recevra plus d'une communication. Avec la certitude de rallier l'unanimité de vos suffrages, votre Commission vous propose de nommer membre correspondant M. le Dr Roberto Massalongo.

Conformément à ces conclusions, M. le Dr Massalongo est, à l'unanimité, nommé membre associé étranger.

*Projet de discussion sur les dangers de l'hypnotisme expérimental et de la suggestion.*

M. E. CHAMBARD. — Messieurs, dans une de nos dernières réunions, M. Séglas nous a raconté l'histoire tragi-comique d'une femme trop éprise du merveilleux, que faillit enlever un magnétiseur de carrefour et qu'un déchaînement d'accidents hystériques vint punir de son indiscrette curiosité (1). Nous avons tous frémi des dangers qu'ont courus, dans cette circonstance, la santé de la dame et l'honneur de son mari; mais notre distingué collègue nous eût encore plus intéressés en nous apportant, au lieu d'une observation isolée, le travail complet que nous promettait le titre même de sa communication.

Ne craignez pas, Messieurs, que je vienne aujourd'hui combler cette lacune. Si je n'ai jamais eu la bonne fortune d'étudier l'hypnotisme sous les lois de puissants chefs d'école, j'ai assez « endormi de sujets » pour n'aborder qu'avec réserve une question aussi délicate et je ne veux, pour l'instant, que vous convier à mettre les *dangers de l'hypnotisme expérimental* à l'ordre du jour, lorsque notre intéressante discussion sur la classification des maladies mentales aura donné tous ses fruits.

---

(1) Séance du 29 octobre 1888, *Ann. méd.-psych.*, n° 1, 1889, p. 103.

I.— Comme le spiritisme et bien d'autres objets de la curiosité humaine, le magnétisme animal est soumis aux influences de la mode et l'on pourrait compter, depuis Mesmer, bon nombre d'épidémies hypnomaniques, les unes locales et coïncidant avec le passage d'un magnétiseur fameux, d'autres plus étendues et dues à la découverte de quelque phénomène nouveau ou à la conversion d'un savant célèbre. Après avoir dissipé ce qu'elles ont de fluide à leur entourage, leurs victimes passent bientôt, le vent de la mode ayant tourné, à quelque autre marotte. Ce sont de braves gens, d'esprit un peu faible, incapables de mésuser de leur jouet d'un instant et indignes de nos attaques. N'oublions pas, cependant, que parmi ces « amateurs », il s'en est trouvé d'intelligents qui ont su, alors que les académies montraient un aveuglement dont le souvenir devrait les rendre modestes, observer des faits importants et transmettre à l'École hypnologique actuelle le flambeau que Mesmer avait lui-même reçu d'obscurs précurseurs.

Mais en dehors des gens du monde, il existe des hommes qui, dans un but d'investigation scientifique ou de luxe, pratiquent l'hypnotisme avec plus de suite et en connaissent mieux les ressorts; il s'y joindra sans doute, avant peu, une classe de coquins amis du progrès qui, dédaignant les procédés barbares de vol et de meurtre encore en usage, emprunteront aux livres des uns et aux démonstrations publiques des autres, des armes à la fois plus savantes et plus sûres : tous, savants « professionnels » et malfaiteurs, disposeront alors d'un moyen d'action puissant dont il importe, dès à présent, de déterminer l'emploi et d'empêcher l'abus criminel.

*L'hypnotisme scientifique* est cultivé par un certain nombre de psychologues, de physiologistes et de médecins, presque tous sérieux et honnêtes, qui voient en lui un merveilleux instrument de vivisection psychologique, un agent thérapeutique de quelque avenir et, perspective grandiose bien que lointaine, une méthode d'éducation et de réformation intellectuelle et morale : ainsi pratiqué et sous certaines réserves que je ferai en leur temps, il n'a que des avantages et me semble parfaitement légitime.

Il en est autrement de l'*hypnotisme professionnel* qu'exploitent un grand nombre d'industriels des deux sexes, « professeurs de magnétisme » donnant des « séances » dans les théâtres, les casinos, les salons ou dirigeant des cliniques et des journaux magnétiques, somnambules extra-lucides assistées ou non d'un docteur, guérissant « même par correspondance », retrouvant les amants et les chiens perdus, prédisant enfin l'avenir par la double vue, les cartes, les lignes de la main et le marc de café. Tout ce monde interlope opère au grand jour ou à la faveur d'une demi-obscurité discrète, dans les somptueux salons de la Pythonisse à la mode comme dans la caravane de la « dormeuse » foraine, et fait courir à la moralité, à la santé et à la bourse de ses instruments et de ses dupes des dangers sur lesquels on n'a pas encore suffisamment insisté.

Si les représentations données par les Donato, les Verbeck et leurs émules sont convenables et sans danger pour la morale publique, il en est autrement des réunions plus intimes auxquelles les somnambules de quartier lancent chaque semaine dans le monde des étudiants, des commis et des grisettes de nombreuses invitations. L'on rencontre dans ces soirées beaucoup de jeunes filles, ouvrières peu occupées et artistes lyriques en herbe, dont les plus honnêtes ne sont plus sages et les plus émancipées ne sont pas tout à fait des prostituées ; elles y accourent seules ou accompagnées de leurs amants et des amis de ces derniers, les unes pour se distraire, se faire endormir, profiter de la consultation gratuite qui clôt la séance, d'autres pour chercher fortune. L'on conçoit les liaisons qui ne manquent pas de se former entre jeunes gens dépareillés, sortant d'un milieu aussi suggestif à une heure avancée de la nuit.

Les expériences hypnotiques fatiguent moins qu'on le croit communément les sujets qui s'y prêtent et le métier de somnambule de profession, grâce à l'état d'inconscience dans lequel il s'exerce, me paraît moins insalubre peut-être que celui d'actrice lyrique ou dramatique ; le danger est plutôt pour les spectateurs. La plupart, sans doute, y assistent comme à une pantomime, et même sifttent volontiers l'impresario qui ne sait réveiller à temps, par quelque scène pathétique ou burlesque, leur

attention engourdie; mais d'autres prennent au spectacle un plaisir qui n'est pas sans péril pour le fragile équilibre de leur raison. D'un esprit faible, mais d'une imagination vive, dénués de toute culture scientifique, bien que passionnément épris des choses de la science, infatigés quelquefois de positivisme et enclins aux merveilleux, ils assistent avec étonnement aux phénomènes nouveaux et extraordinaires qui se déroulent devant eux et, perdant toute notion du vrai et du faux, du possible et de l'absurde, retournent à l'esprit de foïque tant de siècles de mysticisme philosophique et religieux avaient inculqués à leurs pères. La plupart s'épuisent à méditer sur des problèmes pour eux insolubles et quelques-uns perdent tout à fait la tête, comme la malade de M. Séglas et ce jeune homme que je vis, il y a quelques années, avec M. Rueff et chez lequel un accès de manie hystérique éclata au sortir d'une représentation de Donato. Moi-même, Messieurs, je n'échappai qu'avec peine à la secousse que cause à un observateur novice et émotif la révélation trop brusque de ces mystères, et, lorsqu'en 1874, j'ens rencontré mon premier sujet, une jeune hystérique charmante et perverse, il ne fallut rien moins que la sévérité des études histologiques auxquelles je commençais à me livrer, pour m'empêcher de croire à la double véue, et la puissante vitalité de la jeunesse, pour me rendre l'appétit et le sommeil.

En dépit de quelques affaires retentissantes, l'*hypnotisme criminel* en est encore à ses débuts. Il n'est guère de crime ou de délit, cependant, dont une connaissance approfondie des états hypnotiques et de la suggestion ne rende, dans de certaines conditions, l'exécution facile et peu dangereuse. Les énumérer serait passer en revue presque tous les articles du Code pénal et empiéter sur la discussion à laquelle je vous convie et dont je ne fais qu'esquisser le programme; aussi me bornerai-je à quelques exemples, choisis parmi les principaux attentats aux personnes ou à la propriété, dont les sujets hypnotisés ou en état de suggestion peuvent être les instruments ou les victimes.

C'est un fait démontré que la suggestion peut armer le bras d'un sujet, non seulement contre ses ennemis ou des indifférents, mais encore contre des personnes chères,

et, quelque réserve qui aient été faites à cet égard, je doute que les plus incrédules se hasardent à répéter une expérience de meurtre suggéré, en prenant comme accessoire un couteau pointu ou un pistolet chargé; mais ce dont on a moins parlé, c'est de l'art de se débarrasser du patient lui-même. Qui saurait empêcher un mari de donner à une épouse gênante un accès de panophobie au moment où elle se tient devant une fenêtre ouverte, un héritier impatient de faire en sorte que sa mère se verse un verre de vitriol au lieu d'un verre d'eau et, s'il eût connu toutes les ressources de l'hypnotisme, notre confrère de la Pommeraie n'eût-il pu suggérer à M<sup>me</sup> de Paw de se défaire d'une existence devenue odieuse après avoir fait son testament en sa faveur?

Après le meurtre, le plus odieux de tous les crimes et le plus irréparable est l'attentat à la pudeur. Les affaires de viol commis sur des femmes en état de léthargie ne sont pas très rares et le procès du dentiste Lévy est encore présent à vos souvenirs. Mais, grâce à la suggestion, ne sera-ce pas un plaisir plus raffiné de forcer la victime à se donner d'elle-même ou, tout au moins, à assister impuissante à son déshonneur! Un mari, un frère, un amant, ne pourront-ils, dans un but de lucre, pousser leur femme, leur sœur ou leur maîtresse à la prostitution et commettre avec impunité le crime d'exécitation à la débauche?

Parmi les crimes contre les personnes, il en est encore un, le faux témoignage, dont le châtiment sera particulièrement, difficile car l'on pourra, non seulement fabriquer de faux témoins sûrs et désintéressés, mais encore forcer l'innocent à s'accuser lui-même. Il en est d'autres que la loi n'a même pas prévus et qui sont la contrepartie des résultats que d'aucuns attendent de la méthode suggestive d'éducation. Quant aux délits et crimes contre la propriété, ils sont innombrables ceux dont les sujets suggestibles peuvent devenir les instruments et les victimes : il sera aussi facile de leur extorquer une reconnaissance, une donation, un testament, que de les envoyer commettre un vol ou allumer un incendie. Je citerai encore comme un véritable vol, la captation d'un secret que la suggestion et le somnambulisme rendent aisée, crime que la loi bien interprétée pourrait

sans doute punir, mais dont il serait bien difficile de faire la preuve.

N'exagérons rien toutefois et tenons-nous, Messieurs, à distance égale entre les optimistes, pour qui l'exploitation criminelle de l'hypnotisme restera quantité négligeable, et les pessimistes qui voient déjà l'ordre social aux mains d'une armée de malfaiteurs insaisissables et tout-puissants. La perpétration d'un crime hypnotique exige, en réalité, le concours d'un certain nombre de circonstances qui se trouveront rarement réunies.

Il faut tout d'abord un sujet. Sans croire avec MM. Binet et Fétré que les névropathes et les hystériques seuls soient hypnotisables, je doute que le nombre des sujets soit, pratiquement, aussi considérable que le disent les observateurs de Nancy. Il existe bien quelques individus chez lesquels les différents états de la série hypnotique s'établissent instantanément et au moindre signe; mais ils sont peu nombreux, très compromettants et atteints pour la plupart, ceux-là du moins, d'accidents hystériques à grand orchestre, qui les retiennent dans les hôpitaux et les asiles d'aliénés.

Il faut ensuite que la suggestion réussisse. Ici, nous sommes en présence de deux doctrines opposées, et, tandis que pour MM. Gilles de la Tourette, Brouardel et Delbœuf, les somnambules n'exécutent que ce qui leur plaît, ne réalisent que les suggestions indifférentes et agréables, émanées de personnes agréables elles-mêmes, ou savent qu'on leur fait jouer une comédie inoffensive, les médecins de Nancy leur accordent, tout au plus, le pouvoir de résister aux suggestions par trop pénibles ou même pensent, avec M. Liébeault, qu'ils vont au but qu'on leur a imposé « comme la pierre qui tombe ». Ici encore, la vérité est dans une saine appréciation des faits particuliers. Certains sujets, comme l'ont très bien vu MM. Richet, Pitres, Bernheim, résistent; d'autres obéissent « perinde ac cadaver ». Bien fragile d'ailleurs est la résistance des premiers, que brise une objurgation impérieuse ou que trompe une ruse grossière : à ceux qui répugnent au vol, on suggère qu'ils ne font que reprendre leur bien; aux femmes récalcitrantes on peut, nouveau Jupiter, se présenter sous les traits de leur mari. La résistance des seconds est nulle : à une chaste et pieuse

jeune fille, l'on fait renier Dieu et l'on impose les allures, le langage d'une vile prostituée.

Il faut, enfin, pour que l'hypnotisme soit entre les mains d'un criminel un moyen d'action plus sûr que la violence, l'adresse ou le poison, qu'il en connaisse à fond les ressources et les trahisons, ne néglige aucun détail et déploie, pour échouer peut-être au bagne, une science et une habileté qui, mieux dirigées, l'auraient mis sur le chemin de l'Institut. Beaucoup de présomptueux seront pris à leur propre piège et leurs échecs jettent quelque discrédit sur la spécialité.

Des conditions de succès si diverses seront trop rarement réunies, Messieurs, pour que l'hypnotisme devienne un danger social et se substitue jamais, dans la pratique courante, à la pince du voleur, à la plume du faussaire, au couteau de l'assassin. Ce sera seulement, entre les mains d'une élite de criminels instruits, habiles et servis par les circonstances, une arme précise et puissante, mais compliquée et à double tranchant, en somme très dangereuse, car elle leur permettra de frapper sans bruit et de faire coup double en se débarrassant de l'instrument du crime après en avoir sacrifié la victime.

II. — Les faits que je viens de rapporter n'étaient, il y a quelques années encore, connus que d'un petit nombre d'hommes d'un esprit aventureux et suspects de charlatanisme ou de crédulité; ils sont si bien établis aujourd'hui que si nous les discutons, ce sera moins pour en affirmer l'existence que pour chercher ensemble les mesures prophylactiques et répressives qu'ils rendent nécessaires.

Permettez-moi de vous soumettre d'abord un remède radical. Quelques personnes engouées de thésophie ont proposé d'en revenir à l'occultisme antique et de ne dispenser qu'à des hommes d'une vertu éprouvée et par voie d'initiation progressive, les connaissances dangereuses parmi lesquelles l'hypnotisme et la suggestion tiennent naturellement le premier rang. Dans une réponse à un publiciste distingué, M. Limousin, qui penchait vers cette doctrine originale, je me suis efforcé de la réfuter. Le système d'initiation peut être juste et nécessaire dans les sociétés qu'écrase un joug théocratique, aristocratique ou même démocratique; le mystère y rem-

plit un double rôle : il attire et réveille, par l'attrait qui lui est propre, les intelligences craintives et engourdis et crée, entre les initiés, des liens qui leur permettent de résister à leurs oppresseurs, parfois même de les persécuter à leur tour. Il est, dans les sociétés modernes, inutile et dangereux. Nous connaissons la valeur des garanties morales qui donnent les semblants d'initiation auxquels nous nous amusons encore et nous doutons que, de nos jours, le secret fût bien gardé, il ne tarderait pas à s'échapper du temple, mais défiguré et prêt à servir de thème à des superstitions nouvelles. Au reste, ces phénomènes sont d'ordre scientifique : sous peine de retarder les progrès de la science, il faut les enseigner et l'on ne saurait empêcher qu'ils ne soient décrits et commentés dans les mémoires originaux et dans les livres destinés à l'instruction des étudiants. Si le secret ne peut être gardé, ne vaut-il pas mieux que le public soit prévenu, et si la méthode occultique ne peut défendre le public, ne faut-il pas le mettre à même de se défendre tout seul ? Ne convient-il pas aussi que ceux qui sont chargés d'élaborer les lois soient instruits des abus auxquels peut entraîner la diffusion inévitable des connaissances scientifiques pour appliquer des pénalités nouvelles à des crimes nouveaux ? Que personne, aucune femme surtout, ne se laisse endormir hors de la présence de témoins sûrs et que des peines terribles frappent ceux qui prostituent la science à leurs instincts pervers, ce sera à mon avis le meilleur moyen de concilier le soin de la sécurité publique avec les intérêts sacrés de la science et le caractère libéral qu'ont acquis et que doivent conserver nos institutions.

Passons maintenant, Messieurs, à l'examen de remèdes moins radicaux, mais plus pratiques et plus sérieux.

De l'hypnotisme scientifique, je n'ai rien à dire. Les savants qui s'en occupent savent que leur droit de tout étudier n'a d'autres limites que le devoir de ne jamais nuire : ils relèvent de leur conscience et, en cas d'accident grave, de la loi, comme tout citoyen. — Je leur conseillerai seulement d'isoler autant que possible leurs sujets et d'éviter ces agglomérations de malades où se créent peut-être des formes morbides artificielles et qui

sont aussi nuisibles à la saine observation des faits qu'au progrès de la thérapeutique.

Les « professionnels » devraient être poursuivis jusqu'à extinction et, pour ce faire, les dispositions légales manquent peut-être moins que le bon vouloir et l'énergie des autorités. Les représentations publiques d'hypnotisme, dont M. Masoin montrait naguère les dangers à l'Académie de médecine de Belgique, ont été interdites en différents pays : c'est un exemple à suivre. Quant aux magnétiseurs et aux somnambules, il est facile de relever contre eux les délits d'exercice illégal de la médecine pour lesquels la loi est infiniment trop douce et celui d'escroquerie qu'elle traite avec plus de sévérité. Il y a là, sans doute, des points de droit difficiles que des arrêts contradictoires ont obscurcis, à une époque surtout où l'hypnotisme n'était encore que le « magnétisme animal » ; mais c'est là une raison de plus pour que j'appelle sur ce côté de la guerre au charlatanisme l'attention de ceux de nos collègues qui sont ferrés sur les questions juridiques.

Le seul moyen de triompher d'un ennemi, c'est de le connaître. — Il importe donc que les magistrats soient instruits des phénomènes de l'hypnotisme et de la suggestion, ainsi que des moyens d'en dévoiler l'abus criminel. Loin de répugner à cette étude, ils s'y livreraient avec une ardente curiosité, et si l'a autrefois existé un certain antagonisme entre la magistrature et la médecine, ce n'est plus à des hommes qui acceptent l'intervention des aliénistes dans les Causes où elle est réclamée, acquittent des somnambules et reconnaissent déjà des irresponsables là où leurs prédecesseurs n'auraient vu que de vulgaires criminels, que l'on peut reprocher de nourrir des sentiments hostiles à notre égard. Le moment semble même venu pour cimenter cette heureuse union de la science de l'homme et de celle de la loi, de créer dans nos Facultés de droit un cours de médecine légale dans lequel une large part serait faite à la psychologie pathologique et à l'anthropologie criminelle.

III. — Je m'arrête, Messieurs, et, pour clore cet exposé dont la longueur a dépassé mes prévisions, j'ai l'honneur de vous soumettre les propositions suivantes :

1<sup>o</sup> Le moment est venu de déterminer la nature et l'étendue des dangers que peut faire courir à l'ordre ainsi qu'à la sécurité publiques, l'exploitation professionnelle et l'abus criminel des phénomènes de l'hypnotisme et de la suggestion.

2<sup>o</sup> Comptant dans son sein des physiologistes, des psychologues, des aliénistes, des neuropathologistes et des médecins légistes, la Société médico-psychologique est, plus que tout autre corps savant, qualifiée pour aborder cette discussion et en soumettre les résultats à la sanction des autorités administrative et judiciaire.

*Note sur le sulfonal.*

M. RITTI, au nom de MM. les D<sup>rs</sup> PACHOUD et CLARET, médecins de l'asile du Bois-de-Cery (Suisse), donne lecture du travail suivant :

Le sulfonal, découvert par le professeur Baumann, de Fribourg en Brisgan, est le produit de la combinaison de l'éthyl mercaptan avec l'acétone. C'est un diéthyl-sulfon-diméthyl-méthan, dont la formule chimique est  $C_7H^{16}S^2O^4$ . Il est appelé généralement sulfonal à cause du soufre qu'il renferme.

C'est une substance cristalline, inodore, insipide, soluble dans 20 parties d'eau bouillante et dans 100 parties seulement d'eau à la température ordinaire. On peut donc le regarder pratiquement comme à peu près insoluble dans l'eau. Les tentatives faites pour le dissoudre dans un autre véhicule n'ont pas réussi jusqu'à maintenant et paraissent devoir modifier plus ou moins sa composition chimique. Il n'est donc pas question pour le moment de l'employer en injections sous-cutanées, moyen si précieux dans la thérapeutique des aliénés. Il est vrai que son insipidité compense cet inconvénient dans une certaine mesure, et permet de le faire prendre au malade mélangé dans ses aliments, sans que celui-ci s'en doute. Il nous est arrivé cependant d'avoir provoqué chez certains aliénés des idées d'empoisonnement, lorsqu'ils ont remarqué au fond de leur assiette quelques cristaux de sulfonal non dissous, ce qui a même amené momentanément un refus de nourriture assez énergique. Du reste, il est de bonne

règle dans les asiles d'éviter ce mode de faire dans la mesure du possible.

Plusieurs travaux ont déjà paru au sujet des effets du sulfonal. Mais comme il continue à être à l'étude, nous pensons intéresser les membres de la Société en leur apportant le résultat de quelques-unes de nos recherches.

Le sulfonal a déjà été expérimenté par MM. Kast, Cramer, Rabbas, Rosin, etc., et tous ces auteurs s'accordent à relever en première ligne son effet hypnotique, après l'avoir essayé dans nombre de cas de nature différente.

Pour ce qui nous concerne, nous n'avons pu l'employer que chez des aliénés. Les cas qui nous ont paru les plus intéressants à être expérimentés, ont été tout d'abord les agitations chez les maniaques. Nous avons dans notre service un malade atteint de manie périodique avec agitation furieuse, et dont le dernier accès avait duré plus de six mois consécutifs. Ce malade, qui est depuis huit ans à l'asile, a été l'objet de tous les traitements imaginables en vue de couper ces terribles accès d'agitation. Bromure de potassium à hautes doses, morphine, chloral, paraldéhyde, quinine, bains prolongés, maillots de Preisnitz, etc., rien de cela n'avait pu parvenir à couper une seule crise. Tout au plus parvenait-on à la retarder.

En octobre, après deux mois de calme complet, une crise se prépare, indiquée par les symptômes habituels, bien connus du personnel, c'est-à-dire douleurs périphériques multiples, rougeur prononcée de la face, conjonctivite avec larmoiement, rancidité de la voix et idées de persécution. On fait un traitement dérivatif : ventouses scarifiées sur la nuque, calomel, eau-de-vie allemande, auxquels on joint 12 grammes de bromure par jour, alternant avec du chloral et des bains. Malgré ce traitement énergique, l'agitation débute le 2 novembre, et le malade est transféré aux cellules. Dans les autres crises, il était de toute nécessité de le mettre le lendemain ou le surlendemain au plus tard au varech, et l'on était sûr que l'agitation se prolongeait pendant plusieurs mois, avec tous les incidents ordinaires en pareil cas. L'idée nous vint d'essayer le sulfonal, dont on lui donne 2 gr.

le soir du 2 novembre, et, contre toute attente, la nuit est calme jusqu'à six heures du matin. A ce moment l'agitation réapparaît; il reçoit de nouveau 2 gr. le matin et 2 gr. le soir. Le calme se maintient. Le malade dort d'un sommeil tranquille, la respiration et la circulation sont régulières et normales. Le 4 novembre, amélioration sensible; la rougeur de la face a diminué, la voix est beaucoup moins rauque. Cependant, en faisant marcher le malade, il titube comme un homme ivre; la parole présente une certaine hésitation, rappelant celle des paralytiques généraux; il répond sans délirer, mais se plaint des vertiges qui l'accablent. Le 5, on abaisse la dose à 1 gr. le matin et 1 gr. soir. Immédiatement apparaissent de l'incohérence et un délire peu prononcé. Depuis ce moment, il faut pour le maintenir donner le sulfonal par doses massives de 2 à 3 gr. En moyenne, il prenait 2 gr. matin et soir jusqu'au 16 novembre. La plus forte dose que nous ayons atteinte est 5 gr. en 2 fois dans les 24 heures. En tout, jusqu'à ce jour, 16 novembre, c'est-à-dire pendant 14 jours, J... a pris 40 gr. de sulfonal.

Voyant que le malade paraît s'affaiblir et, bien qu'il délirât sans cependant s'agiter, nous n'osâmes pas prolonger davantage ce premier essai, pensant que nous pourrions le reprendre facilement lorsque la crise serait dans son plein, vu que J... ne refuse jamais les médicaments.

Dès lors, à notre grande satisfaction, le patient reste au lit, ne salit ni ne déchire. Le délire diminue et tout nous prouve que nous arrivons à la fin de la crise, sans qu'elle ait véritablement éclaté. J... a quitté le quartier des cellules, pour être placé à l'infirmerie, le 22 novembre. L'amélioration s'est maintenue et la crise a été ainsi évitée, ce qui n'avait jamais pu être obtenu jusqu'à maintenant.

Ce cas nous démontre clairement l'énergie du nouveau médicament.

Contrairement à ce qui a été dit par certains auteurs, nous avons pu constater chez J... une sorte d'effet accumulatif du sulfonal. En effet, pendant les quatre jours qui suivirent la cessation du traitement, le malade est abattu, ses vertiges continuent, il titube quelque peu, la

parole est hésitative, il est dans l'état, en un mot, où des doses légères de sulfonal le mettaient au début.

Nous avons employé le sulfonal chez trois autres maniaques. Les résultats ont été de même satisfaisants et concordent avec ceux indiqués plus haut.

Devant le sommeil calme et bienfaisant que nous avons constaté chez les malades précédents, l'idée nous est venue de l'employer chez les mélancoliques.

Quatre cas ont fait l'objet de nos observations. Les résultats aussi ont été très favorables. A la dose de 2 gr. le malade avait une bonne nuit et la journée du lendemain se passait avec moins d'angoisse. Ce qui nous a frappé surtout, c'est que le malade avouait qu'il avait bien dormi, qu'il n'éprouvait pas de céphalalgie, « qu'il se trouvait bien », selon sa propre expression.

Il y a lieu de noter ici que chez tous les aliénés que nous avons traités par le sulfonal, nous n'avons jamais constaté de troubles digestifs, le médicament était toujours remarquablement bien supporté. Comme nous l'avons dit plus haut, il n'y a aucun trouble de respiration ou de circulation. Jamais de céphalalgie, comme après l'administration du chloral ou de l'opium.

L'effet du sulfonal chez un de nos mélancoliques est d'autant plus intéressant à constater, que ce malade ne pouvait supporter les opiacés donnés sous différentes formes. La paraldéhyde, à la dose de 2 gr., donnait des résultats incertains et peu satisfaisants, 2 gr. de sulfonal ont suffi à atteindre le but désiré. Depuis ce moment, nous lui donnons au besoin deux ou trois fois par semaine, le soir, une dose de 2 gr. pour lui faire passer une bonne nuit. L'amélioration qui s'en est suivie se maintient et le malade fait de sensibles progrès. A cela naturellement nous avons joint un régime diététique approprié.

Chez une malade atteinte de sclérose en plaques, avec mouvements convulsifs excessifs rappelant ceux de la chorée, le sulfonal a produit, outre un sommeil calme, une diminution notable de l'exagération de ces mouvements et, chose à noter, venant encore à l'appui de ce qui a été dit plus haut sur son effet prolongé, nous avons vu cette diminution se maintenir pendant six jours après la cessation du remède. Actuellement, c'est-à-dire quinze

jours environ après, les mouvements sont redevenus ce qu'ils étaient auparavant.

Nous voyons que le sulfonal conserve son influence sur l'organisme plusieurs jours après la dernière absorption du médicament.

Nous pensons qu'on doit attribuer ce fait au peu de solubilité de ce corps, solubilité qui ne se ferait que peu à peu et qui se traduirait par une élimination très lente. Ce qui viendrait appuyer cette supposition, c'est que nous avons souvent remarqué qu'une seconde dose, donnée le lendemain, avait un effet beaucoup plus sûr et que le sommeil, qui ne s'était pas produit ou ne s'était produit que d'une manière incomplète la première nuit, devenait excellent la seconde.

De plus, M. le Dr Bourget, de Genève, que nous avons prié de rechercher le sulfonal dans l'urine, nous fait savoir aujourd'hui que l'urine du matin d'un malade qui avait pris la veille 3 gr. de sulfonal, n'en renferme que de très petites quantités. Cette analyse confirme donc notre hypothèse.

*Conclusions.* — D'après ce que nous venons de dire, le sulfonal paraît devoir être appelé à rendre de grands services dans le traitement des maladies mentales.

Les agitations maniaques sont facilement enrayées par son usage.

Les insomnies des mélancoliques, si rebelles aux narcotiques ordinaires, cèdent aisément à son emploi.

D'une façon générale, toutes les insomnies d'origine nerveuse sont justiciables de ce médicament.

Le sommeil qu'on obtient ainsi est calme et réparateur. Il rappelle beaucoup le profond sommeil des enfants. Il dure en moyenne quatre à cinq heures. Le réveil n'est accompagné d'aucune sensation désagréable. Nous n'avons jamais constaté de troubles du côté des appareils digestif, respiratoire et circulatoire.

Mais pour obtenir ces résultats, il faut se souvenir que le sulfonal doit être donné à doses massives. La dose de 1 gr. donne des résultats incertains, tandis que la dose de 2 gr. calme l'aliéné au bout d'une demi-heure et le fait dormir après une heure ou une heure et demie. Nous avons pu donner sans inconvenienc 5 gr. en deux fois dans les vingt-quatre heures. Actuellement nous donnons vo-

## 306 ASSOCIATION DES MÉDECINS ALIÉNISTES DES ÉTATS-UNIS

lontiers 3 gr. à la fois et nous ne craignons pas de répéter cette dose dans les vingt-quatre heures, si cela est nécessaire.

En résumé, nous pensons que le sulfonal est un médicament précieux qui ne tombera pas dans l'oubli comme ses prédecesseurs, tels que l'hypnone, l'uréthane, la paraldéhyde, etc., et qui entrera dans la pratique courante lorsqu'il sera mieux connu et d'un prix plus abordable.

M. AUG. VOISIN s'est également bien trouvé de l'emploi du sulfonal, qu'il a reconnu efficace même à la dose de 1 gramme.

M. SÉGLAS n'a employé qu'une seule fois le sulfonal, dans un cas de mélancolie où il a voulu varier la médication hypnotique : il n'a obtenu aucun résultat, alors que la morphine amenait aisément le sommeil. De plus, il a remarqué que le médicament provoquait des vertiges fort pénibles.

La séance est levée à six heures.

PAUL GARNIER.

**ASSOCIATION DES MÉDECINS ALIÉNISTES  
DES ÉTATS-UNIS**

*Quarante-deuxième congrès annuel.*

**SOMMAIRE.** — Influence du traumatisme sur la production et la guérison de la folie. — La paranoïa dans ses rapports avec les hallucinations de l'ouïe. — Imbécillité avec aliénation mentale. — Trois affaires médico-légales. — Étendue qu'il convient de donner aux asiles publics d'aliénés. — Utilité pour les médecins en général de mieux connaître la folie. — Bases du recrutement des asiles d'aliénés. — Tact dans le traitement des aliénés.

Ce congrès a été tenu à Fortress Monroe, Virginie, les 15, 16, 17 et 19 mai 1888. Le 17, les assistants sont allés en excursion à Williamsbourg, afin d'y visiter l'asile d'aliénés, le plus ancien des asiles d'Amérique, fondé en 1773. Cinquante-cinq membres de l'association ont

pris part aux travaux du congrès. Cette affluence, qui est à peu près la même chaque année, montre l'empressement des directeurs et des médecins des asiles d'aliénés aux États-Unis pour leurs réunions annuelles. Les travaux du congrès témoignent en outre de l'importance et de l'intérêt qu'ils savent y donner. Les communications ont été nombreuses, variées, suivies de discussions dont on ne saurait méconnaître la valeur soit pratique, soit purement scientifique.

Le compte rendu que nous présentons ici est fait d'après les procès-verbaux sténographiés, que publie *The american Journal of insanity*. Malheureusement ce journal, où nous trouvons toutes les discussions relatives aux mémoires présentés, ne donne pas tous ces mémoires eux-mêmes. Nous serons donc obligé, pour les mémoires qui manquent, de nous borner à de courtes indications.

Le premier mémoire appelé par l'ordre des lectures est intitulé : « *Folies traumatiques et guérisons traumatiques*. » Il est dû au Dr TALCOT, directeur de l'asile de Middletown (New-York), et traite de l'influence du traumatisme sur la production et sur la guérison de la folie. Le Dr TALCOT y présente quatre observations dans lesquelles deux concernent des individus atteints de maladie mentale à la suite de traumatisme ; les deux autres concernent des individus chez qui, au contraire, le traumatisme a paru être le point de départ de la guérison.

Dans le premier cas il s'agit d'un homme de dix-huit ans qui avait fait du haut d'un arbre une chute sur la tête. Au moment de la chute il perdit connaissance, mais revint bientôt à lui. Toutefois il resta aphasic, et ne pouvait échanger des idées que par l'écriture. Il conversait ainsi avec netteté et rapidité. Cinq semaines après l'accident, il fut pris d'une violente agitation maniaque, faillit tuer sa mère, et l'on dût l'interner dans l'asile de Middletown. Il ne présenta aucun signe de paralysie générale. Dix jours après son internement, à la suite d'une poussée congestive assez marquée, il put prononcer quelques mots, indiquant que dans les derniers jours il ne s'était pas rendu compte

## 308 ASSOCIATION DES MÉDECINS ALIÉNISTES DES ÉTATS-UNIS

du lieu où il se trouvait, et qu'il n'avait pas souvenir de son accident. Quelques jours plus tard, il était absolument guéri.

Le second cas concerne une femme de trente-sept ans, sur la tête de qui une brique était tombée d'un bâtiment très haut. Il en résulta une petite fracture avec enfoncement de la calotte du crâne, près du sinus longitudinal. Immédiatement cette femme perdit connaissance. Une couronne de trépan fut appliquée pour enlever les esquilles enfoncées. L'opération détermina une hémorragie abondante par le sinus. Malgré cet incident, la malade revint bientôt à elle et la blessure guérit promptement. Mais huit jours après, elle fut prise d'excitation maniaque violente. On crut devoir appliquer de nouveau le trépan, mais sans profit. L'état maniaque persista quatre mois, avec quelques intervalles de calme où se manifestaient des idées de grandeur; puis survint une période de dépression assez profonde. Enfin, au bout de dix mois, la guérison fut obtenue dans des conditions satisfaisantes.

Le troisième cas est celui d'un homme de vingt-quatre ans, qui depuis plusieurs années était pris périodiquement d'agitation maniaque persistant plusieurs semaines, et pour laquelle il avait été interné dans plusieurs asiles. Deux jours après son entrée à l'asile de Middletown, il fit sur la tête une chute violente. Au bout de vingt minutes, il perdit connaissance et eut des convulsions du côté droit de la bouche; les pupilles étaient très dilatées et les yeux insensibles au toucher comme à la lumière. Pendant quelques instants il eut aussi de l'inégalité pupillaire. L'état d'inconscience dura environ deux jours, et quand le malade revint à lui, il se trouvait parfaitement bien, ne présentant aucune trace d'agitation maniaque. Ce qui est le plus important à noter ensuite, c'est que, trois ans après l'accident, cet homme n'avait eu depuis lors aucune rechute des accès de manie qui, précédemment, revenaient d'une manière périodique.

Le dernier fait est relatif à un homme de trente-huit ans, qui avait commis toute sorte d'excès, et qui se trouvait atteint de délire des persécutions. Il avait des hallucinations de la vue et croyait voir perpétuellement

à ses trousses un homme qui le menaçait. — Un jour, un de ses compagnons d'asile le frappa à la tête avec une barre de fer. Pendant qu'on lui appliquait un pansement, quelqu'un lui dit que ce coup devrait chasser ses idées délirantes. Il répliqua : « Peut-être bien ! » Et de fait, à partir de ce moment il présenta une amélioration rapide.

Comment expliquer ces faits ? Cela semble facile quand la folie suit le traumatisme, car on peut admettre alors qu'une lésion cérébrale est la cause de la folie. Mais l'explication est beaucoup moins aisée à trouver pour le cas où, au contraire, le traumatisme amène la guérison de la folie.

Le Dr FISHER, prenant la parole après le Dr TALCOT, estime comme lui que les faits dont il vient d'être parlé sont rares. En relevant les statistiques de l'asile d'aliénés de Boston, il dit y avoir trouvé une douzaine de cas, où la folie dépendait sans conteste de quelque grave traumatisme. Dans aucun de ces cas cependant, il n'y avait eu fracture du crâne. Trois malades moururent, et les autopsies ne firent découvrir aucune lésion essentielle. Le Dr FISHER estime donc que la commotion cérébrale devait être seule la cause des troubles intellectuels.

Le Dr HILL insiste sur cette particularité que parfois il s'écoule des années avant que n'apparaissent les conséquences fâcheuses du traumatisme.

Le Dr HURD distingue plusieurs catégories de faits dont quelques-uns sont rangés à tort, selon lui, sous le vocable unique de folie traumatique. En premier lieu, viennent les cas où l'individu, par le seul fait d'un simple choc, tombe dans l'excitation maniaque. Ces cas sont essentiellement curables. En second lieu se présentent les cas où, dans des conditions analogues de traumatisme, on voit, mais seulement après un certain temps d'incubation, les individus verser dans le délire systématisé. Ici la guérison est rare. Une troisième catégorie comprend les cas où surviennent à la fois de l'excitation maniaque et des idées de persécution ; cas éminemment incurables. Enfin, dans une quatrième catégorie, celle à qui l'on devrait essentiellement réservé le nom de folie traumatique, il y a lésion de la voûte

## 310 ASSOCIATION DES MÉDECINS ALIÉNISTES DES ÉTATS-UNIS

crânienne et du tissu cérébral. Ici l'intervention chirurgicale peut être d'un grand secours, tandis qu'elle est absolument inefficace dans les autres cas.

Le Dr CHANNING estime, lui aussi, que les cas de folie relevant directement d'un choc ou d'un traumatisme sont rares. Mais il faut, d'après lui, mettre en ligne de compte les altérations intellectuelles qui se développent au cours de l'existence par le fait de coups reçus à la tête au temps de la première enfance. Ces coups, ces violences établissent une prédisposition pour la folie que le moindre incident fera ensuite éclore.

A l'appui de cette observation du Dr CHANNING, le Dr TWITCHELL rapporte l'histoire d'un enfant qui avait versé dans la folie dès l'âge de dix ans. On ne trouvait pas la cause de cet état morbide où l'hérédité ne jouait aucun rôle, lorsque le père rappela que plusieurs années auparavant l'enfant avait été violemment frappé à la tête. Une particularité intéressante de la folie dans ce cas, c'est qu'elle consistait essentiellement en idées de crainte et de persécution. Il y eut par la suite amélioration. Mais le sujet resta excitable et d'un caractère très incertain, très instable.

Le Dr DEWEY, le Dr GODDING, le Dr ANDREWS, le Dr RICHARDSON, le Dr EVERTS et le Dr CHAPIN, ont à leur tour apporté à la discussion sur la folie traumatique soit des considérations théoriques, soit des faits qui confirmaient les vues des précédents orateurs.

Le Dr FISHER, directeur de l'asile d'aliénés de Boston, présente un mémoire sur la *paranoïa dans ses rapports avec les hallucinations de l'ouïe*. Le mot de « paranoïa » est employé dans des sens si divers, que chaque auteur est obligé d'expliquer celui où il l'emploie. C'est ce que ne manque pas de faire le Dr FISHER, qui entend par là les délires systématisés chroniques.

A son avis, ces délires sont essentiellement sous la dépendance des hallucinations, et notamment des hallucinations de l'ouïe. Ils sont, dit-il, les seuls où l'on retrouve toujours des phénomènes hallucinatoires ; on doit donc inférer que ceux-ci en font partie intégrante et qu'ils n'y existent pas seulement à titre de pure coïncidence. Toutes les modifications qui surviennent dans

l'état, dans les dispositions des malades dépendent de leurs hallucinations, des voix qu'ils croient entendre, et les individus sont perpétuellement occupés à écouter ces voix, à leur prêter l'oreille. C'est sous cette influence que naissent le délire orgueilleux, les idées de persécution et tout ce qui leur est corrélatif.

Au point de vue médico-légal, la paranoïa ainsi envisagée est d'une grande importance, parce que c'est à elle qu'appartiennent en majeure partie les aliénés qui commettent des actes criminels.

Le mémoire du Dr FISHER nous apprend à ce propos que l'opinion publique, aux États-Unis, n'est point encore arrivée à comprendre qu'un individu puisse à la fois être aliéné et raisonner assez bien sur certains points, comme cela arrive souvent dans les délires systématisés. Il rapporte longuement l'histoire de deux individus qui, bien que manifestement atteints du délire des persécutions, furent déclarés responsables de leurs actes criminels, et punis en conséquence.

La discussion qui a suivi cette communication a porté tout entière sur l'emploi du mot paranoïa en nosologie mentale. Le Dr HILL, le Dr HURD et le Dr STEARNS se sont trouvés d'accord pour le proscrire d'une manière absolue. Il faut, a dit le Dr STEARNS, se garder d'employer, dans les nomenclatures médicales, des mots qui ne signifient rien, et celui-ci plus que tout autre est dans ce cas. Ceux auxquels on a prétendu le substituer, même celui de monomanie, si défectueux qu'il soit, lui sont préférables, parce qu'au moins ils éveillent dans l'esprit une idée bien déterminée.

Le Dr HURD, directeur de l'asile de Pontiac (Michigan), a fait une communication, qui n'a donné lieu à aucune discussion, et sur laquelle un seul membre du congrès, le Dr EVERTS, a parlé uniquement pour dire qu'il y donnait son plein assentiment. Elle est intitulée : *Imbécillité avec aliénation mentale*, et concerne spécialement les imbéciles qui sont véritablement atteints de folie.

D'après le Dr HURD, il y a trois classes d'imbéciles. La première comprend des individus chez qui on ne

## 312 ASSOCIATION DES MÉDECINS ALIÉNISTES DES ÉTATS-UNIS

constate simplement que des défectuosités mentales et physiques, et qui sont d'une nature calme. Bien gardés dans leurs familles, protégés contre les tracasseries et les misères auxquelles sont souvent exposés leurs semblables, ils vivent paisiblement et peuvent même, dans une certaine mesure, se rendre utiles à la société. La seconde classe comprend des individus qui ont une certaine initiative, qui ont même quelque pénétration mentale, mais qui n'emploient l'une et l'autre que pour faire le mal. Ils sont vaniteux, querelleurs, irritables ; leurs dispositions perverses et leur caractère désagréable en font une cause de trouble et d'embarras pour ceux avec qui ils sont en relation. Ce ne sont pas néanmoins des aliénés, car ils ne présentent aucun signe de délire.

A la troisième classe appartiennent les individus qui font l'objet principal du mémoire. Ceux-ci ont l'intelligence assez développée pour que des idées délirantes puissent y naître. En général, ils ont, surtout les hommes, des idées d'appréhension, dues sans doute aux petites persécutions auxquelles sont exposés ces faibles d'esprit. Les femmes présentent plus spécialement des idées délirantes religieuses ou érotiques. Quelques individus sont sujets à des accès bien marqués de manie aiguë, qui parfois affectent la forme intermittente. Enfin, il en est d'autres qui versent dans le vrai délire des persécutions.

Une catégorie spéciale d'imbéciles de cette dernière classe sont ceux qui sont atteints de la forme de folie dite morale. Le plus ordinairement cette folie ne se manifeste qu'à la puberté et l'état des facultés mentales a pu jusqu'à ce moment faire illusion. Ordinairement aussi l'affaiblissement des facultés d'esprit tourne vite à la démence, ce qui ne laisse pas de doute sur l'état d'aliénation mentale de ces individus.

Les causes les plus habituelles du développement de la folie chez les imbéciles sont moins complexes que celles qui peuvent être invoquées pour les autres individus. Cela tient précisément à la faiblesse de l'intelligence. Dans quelques cas, une vive impression morale, une frayeur, un événement imprévu provoquent la manie ou la mélancolie. Le plus grand nombre des imbéciles qui deviennent aliénés sont les victimes de l'hérédité. Pour

le plus grand nombre aussi, c'est à l'époque de la puberté que naît et se développe l'aliénation mentale. Le Dr HURD estime que, dans ce développement, l'onanisme et les excès sexuels jouent un rôle très important.

Trois mémoires ayant trait à des affaires médico-légales ont été communiqués ensuite. Ils sont d'importance inégale et par conséquent il n'est pas nécessaire de s'étendre également sur chacun d'eux. Une difficulté se présente d'ailleurs à leur sujet : c'est qu'ils ont été lus immédiatement l'un après l'autre et que, bien qu'ils n'eussent aucunement rapport à des faits identiques, ils ont été discutés tous trois ensemble. Aussi la discussion a-t-elle été inévitablement confuse, et les éléments qui concernent chacun d'eux y sont difficiles à rapprocher. Cette manière de procéder est éminemment antirationnelle et devrait toujours être soigneusement évitée.

Le Dr ANDREWS, directeur de l'asile d'aliénés de Buffalo, communique une *Étude médico-légale* sur le cas d'un individu qui, comme il le démontre d'une manière péremptoire, simulait la folie. Cet individu disait ne se souvenir en rien des faits qui lui étaient imputés, et comme il avait des habitudes d'ivrognerie, son défenseur prétendait le faire interner comme étant atteint de folie alcoolique et comme n'ayant pas eu conscience de ses actes. Mais le Dr ANDREWS soutint une opinion contraire, basée, d'une façon très scientifique, sur ce que dans l'attitude de l'inculpé, dans ses paroles, dans sa prétendue perte de mémoire, il n'y avait absolument rien qui pût cadrer avec aucune forme de maladie mentale connue ; sur ce que, d'autre part, les habitudes d'ivrognerie ne peuvent nullement en elles-mêmes être données comme un état de maladie mentale, et que l'ivresse n'excuse pas du tout un crime.

Le Dr HURD, avec le Dr ANDREWS, insiste très vivement sur ces dernières considérations, et déplore qu'une opinion contraire ait pu être soutenue par des médecins spécialement adonnés à l'étude de l'alcoolisme.

Le Dr NICHOLS rapproche du cas relaté par le Dr ANDREWS un fait qu'il a eu lui-même l'occasion d'observer, concernant un individu qui, accusé de meurtre, se mit

## 314 ASSOCIATION DES MÉDECINS ALIÉNISTES DES ÉTATS-UNIS

à simuler l'imbécillité. La simulation était évidente et sur ce sujet le Dr NICHOLS n'avait aucun doute. Pour surcroît de précautions l'individu fut mis en observation à Blackwell, et confié à l'examen prolongé des docteurs RANNEY et WILLIAMS. Ceux-ci arrivèrent à la même conviction que le Dr NICHOLS sur le fait de la simulation. Mais, ayant gagné la confiance de l'inculpé, ils reconnaissent, non sans surprise, qu'il était cependant bien vraiment aliéné; il avait des hallucinations et des idées délirantes mystiques, et, de ce chef, il était par conséquent irresponsable. S'il avait simulé l'imbécillité, c'était sur le conseil de ses défenseurs, qui ignoraient son état de folie véritable.

La seconde communication médico-légale, due au Dr CHANNING, de Brookline, intitulée : *Affaire du testament Codman*, est un peu spacieuse, et n'a point obtenu l'assentiment sans réserve des membres du Congrès. Dans cette affaire, où l'on demandait l'annulation d'un testament pour cause d'aliénation mentale, le Dr CHANNING soutenait les demandeurs et prétendait qu'il y avait réellement folie parce que le testateur, homme d'une intelligence médiocre, avait eu dans les dernières années de sa vie une conduite très dissolue, et qu'il s'était complètement livré à l'influence d'une fille de joie. Contrairement aux conclusions du Dr CHANNING, les tribunaux avaient validé une partie du testament, et annulé l'autre, mais pour cause de captation, et en écartant formellement l'imputation d'aliénation mentale.

Le Dr FISHER estime que les tribunaux ont bien jugé.

Le Dr GUNDY est du même avis et établit en principe qu'aucun acte, soit dépravé, soit criminel, ne doit être pris en lui-même comme une preuve absolue de folie. L'homme de mœurs les plus dissolues peut être parfaitement sain d'esprit et entièrement maître de sa volonté.

La troisième communication médico-légale, émanée du Dr GODDING, directeur de l'asile d'aliénés de Washington, présente un intérêt tout spécial, car elle marque une modification importante dans la manière dont les tribunaux arrivent, aux États-Unis, à comprendre les

conditions d'irresponsabilité en matière de folie. Cette communication est du reste intitulée : *Un progrès judiciaire*. Elle est relative à un certain Daley, inculpé de meurtre, que le Dr GODDING et le Dr CHAPIN, réunis en expertise officielle, reconnurent atteint d'hallucinations et de délire des persécutions. Il y avait ceci de particulier que Daley, qui, conformément à son délire, avait fait déjà une tentative de meurtre contre une personne par qui il se croyait persécuté, en avait tué une autre principalement pour des questions d'argent, et qu'ainsi l'homicide paraissait essentiellement étranger à la sphère de son délire.

Pour bien apprécier les suites de cette affaire, il est important de savoir qu'aux États-Unis le criterium d'irresponsabilité en matière de folie a été jusqu'ici, d'après la législation, l'impossibilité pour l'individu de discerner le bien du mal. Autrement dit, on ne considérait comme irresponsables que les seuls aliénés atteints de délire généralisé ou de démence complète.

Les experts, dans leur rapport, établirent que Daley était bien réellement aliéné le jour où il avait commis un meurtre ; que, cependant, on ne pouvait établir une relation directe et intime entre son meurtre et son délire ; mais que, en tant qu'aliéné, il était dans des conditions où son libre arbitre était altéré ; enfin, que c'était un aliéné dangereux, mais qu'il savait discerner le bien du mal et pouvait comprendre les motifs de sa comparution devant les tribunaux.

Dans ce document les experts n'avaient rien dit de la question de responsabilité ; à l'audience, ils soutinrent que l'individu en état d'aliénation mentale peut n'être pas capable de peser ses actes et que, par conséquent, si l'on a quelques doutes sur la conservation de son libre-arbitre en présence d'un acte donné, il doit être déclaré irresponsable.

Le tribunal, contrairement à l'usage, admit cette manière de voir, conformément à laquelle furent rédigés les questions posées au jury, et celui-ci, après une longue délibération, rapporta un verdict de non-culpabilité. Cette décision est certainement d'une importance extrême au sujet de la jurisprudence sur les aliénés aux États-Unis, et elle marque un progrès dont le mérite

## 316 ASSOCIATION DES MÉDECINS ALIÉNISTES DES ÉTATS-UNIS

revient aux aliénistes de l'Union et à leurs justes revendications.

Un autre progrès, non moins important, marqué par la même affaire, est que le tribunal et le jury ont pris en grande considération les constatations et l'avis des experts médecins. Or, aux États-Unis, comme encore quelquefois en Angleterre, il arrivait jusqu'ici que d'ordinaire on ne tenait de ceux-ci aucun compte, qu'on professait à leur sujet un suprême dédain et qu'on regardait leur intervention comme absolument déplacée dans tout ce qui concernait l'aliénation mentale.

Prenant la parole au Congrès après le Dr GODDING, le Dr EVERTS, au grand étonnement de ses collègues, soutint que si l'opinion des médecins en matière de folie, a été considérée comme nulle et non avenue, cela était rationnel, parce que la médecine mentale ne repose sur aucun principe certain, pas plus, d'ailleurs, que la médecine en général, et que s'il y a des connaissances médicales, il n'y a pas de science médicale proprement dite ; que, du reste, les médecins n'ont aucun droit à intervenir dans les questions de responsabilité, et que leurs prétentions à ce sujet ne sont bonnes qu'à faire manquer aux égards et à la considération qui légitimement leur sont dus.

Le Dr GUNDY répliqua avec véhémence aux paroles du Dr EVERTS. « Je ne m'étonne pas, dit-il en substance, que des magistrats puissent si fréquemment se montrer rudes et blessants à l'égard des experts médecins ; qu'ils puissent même ne tenir d'eux aucun compte et professent à leur égard une sorte de mépris, lorsque j'entends un médecin occupant une haute situation soutenir que la médecine ne repose sur aucune base scientifique et qu'elle est professée par des gens en réalité ignorants. J'admets que les médecins ne sont pas tous aptes à remplir les fonctions d'experts, et que, pour des cas spéciaux, il faut des connaissances spéciales ; mais la science médicale existe, et c'est à bon droit qu'elle réclame l'application des principes établis par elle, notamment en matière de folie. » En ce qui concerne la responsabilité des aliénés, il s'agit, dit encore le Dr GODDING, de déterminer non pas si l'individu sait ce qu'il fait, mais s'il peut s'empêcher de le faire.

Tout est là. Nous donnerions à ce compte rendu des proportions beaucoup trop considérables si nous analysions ce qu'ont dit d'autres orateurs dans la discussion présente. Leurs discours n'ont presque rien ajouté, du reste, à ce que nous venons de voir. Notons cependant que la discussion a été longue, brillante, et que, comme on peut le constater, elle était d'une importance et d'un intérêt très grands.

Le Dr DEWEY, de l'asile d'aliénés de Kankakee, traite ensuite de l'*Étendue qu'il convient de donner aux asiles publics d'aliénés*, ou, pour mieux dire, du nombre de malades qu'il est à propos de réunir dans chacun d'eux. Les opinions à cet égard sont variées à l'infini, et dans un questionnaire qui fut adressé à ce sujet aux médecins aliénistes des États-Unis, la variété se montra par des réponses diamétralement opposées. Les uns ne voulaient pas plus de cent malades ; d'autres allaient jusqu'à douze cent cinquante, et entre eux il y avait une échelle de vingt nombres différents.

Le Dr DEWEY, se plaçant uniquement au point de vue des individus dont la maladie est récente et curable, penche pour le plus petit nombre. Mais il reconnaît que pour des chroniques, des incurables, on peut aller aussi loin que l'on voudra. Il s'agit alors de considérer avant tout le milieu où l'asile est créé, et les questions économiques qui se rapportent à son établissement. En tout cas, il faut des pavillons nombreux, où l'on évite avec soin d'entasser les malades, et que ceux-ci soient répartis suivant leur classe et suivant leur état.

Le Dr GODDING, le Dr CARRIEL, le Dr TOBEY et d'autres, envisageant chacun un des mille détails de la constitution des asiles d'aliénés, ont, ainsi que le Dr DEWEY, reconnu qu'il était impossible de poser une règle générale, et que, sous réserve des principes dont il vient d'être fait mention, chaque asile pouvait avoir une physionomie propre et une étendue particulière.

Le Dr HILL, de Baltimore, lit un mémoire dont l'objet est sans doute d'une application plus générale aux États-Unis que chez nous, mais qui cependant peut

## 318 ASSOCIATION DES MÉDECINS ALIÉNISTES DES ÉTATS-UNIS

bien aussi s'appliquer à notre pays. Il traite de l'*Utilité pour les médecins en général de mieux connaître la folie.*

Les lois ont édicté des précautions minutieuses pour empêcher les séquestrations illégales dans les asiles d'aliénés. Mais elles n'ont pas prévu que les médecins appelés à faire des certificats pourraient être réellement ignorants en aliénation mentale. Et cependant il est tels de ces médecins qui n'hésiteraient pas à se prononcer en pareille matière, alors qu'ils se récuseraient dans une autre branche des sciences médicales. De là des erreurs qui peuvent être préjudiciables aussi bien aux individus qu'à la société. D'un autre côté, il arrive souvent que des médecins déclarent sains d'esprit des individus dont la folie est tout à fait certaine et grave; mais ils n'ont pas su la reconnaître. Le Dr HILL en cite plusieurs exemples remarquables. Enfin, alors même qu'il n'y aurait pas d'erreur sur l'existence de la folie, combien y en a-t-il sur sa nature, sur le traitement qui lui convient, sur les précautions à prendre à son égard. Les médecins qui sont appelés à donner des certificats d'aliénation mentale y mettent souvent toute autre chose que ce qu'il faudrait; les renseignements sur la maladie y sont inexacts ou incomplets et les certificats peuvent être formulés de manière qu'ils vont à l'encontre du but qu'on se propose.

Comment remédier à ce qui manque ainsi de savoir à un grand nombre de praticiens? Le seul moyen que propose le Dr HILL, moyen fort judicieux, est que, comme cela se fait dans quelques facultés et écoles de médecine, l'enseignement des maladies mentales soit organisé et imposé tout comme celui des autres sciences accessoires.

Le Dr LEE appuie très vivement le vœu du Dr HILL et insiste sur ce point que l'enseignement de l'école doit être non seulement théorique, mais aussi et surtout pratique. Les établissements d'aliénés devraient être organisés de façon à ce que le plus grand nombre possible d'étudiants pussent y voir de près les malades et apprendre à les connaître.

Le Dr RUSSELL, de Winchendon, présente un mé-

moire intitulé : *Des bases du recrutement des asiles d'aliénés*. Ce mémoire a quelques points de rapport avec celui du Dr HILL, notamment en ce qu'il déplore l'ignorance d'un grand nombre des médecins ordinaires sur les questions de folie. Le Dr RUSSELL se demande pourquoi le nombre d'aliénés guéris est si peu élevé. Cela ne tient ni à ce que les médecins des asiles sont au-dessous de leur tâche, ni à ce que les asiles eux-mêmes ne sont pas parfaitement organisés pour atteindre leur but. Pourquoi le public a-t-il tant de répugnance à y conduire les malades? Cela ne tient-il pas à ce que l'admission est entourée de formalités qui la font considérer comme un emprisonnement? On regarde comme une honte d'avoir été frappé de maladie mentale, aussi les amis du malade hésitent-ils à avouer la folie. D'un autre côté le public et la plupart des médecins ordinaires sont incapables de reconnaître le début de la folie. Les symptômes qui, pour le médecin spécialiste, ont une grande valeur, sont considérés comme sans importance par les autres personnes qui même ne les voient pas. La folie suit son cours et arrive à la période où la guérison est difficile, sinon même impossible.

La séparation du milieu ordinaire est l'un des meilleurs moyens de traitement. Le Dr RUSSELL voudrait que cette séparation fût favorisée le plus possible. En outre, il insiste sur la nécessité de ne réunir ensemble qu'un petit nombre de malades curables, dix à quinze environ. Enfin, il voudrait qu'à tous les asiles fût ajoutée une annexe où seraient reçus sans aucune formalité, tous les aliénés qui, conscients d'eux-mêmes, voudraient s'y faire soigner.

Le Dr PARK, à propos de ce dernier vœu, dit que l'État de Massachussets a prévu dans ses lois spéciales l'admission des malades sur leur demande dans les asiles d'aliénés, et que cette admission a été pratiquée avec de bons résultats.

Le dernier mémoire dont nous puissions parler a été communiqué par le Dr RICHARDSON, directeur de l'asile d'Athens (Ohio), et concerne le *Tact dans le traitement des aliénés*. Ce mémoire, comme le fait remarquer le

## 320 ASSOCIATION DES MÉDECINS ALIÉNISTES DES ÉTATS-UNIS

Dr GUNDY et comme l'auteur en a convenu lui-même, pourrait avoir un tout autre titre, car ce dont il traite le moins longuement, c'est précisément du tact, c'est-à-dire de cette convenance de rapports qui s'établit d'une personne à une autre. Il s'occupe d'abord de l'aménagement judicieux et de la bonne disposition des asiles, dans lesquels tout doit être organisé en vue du bien-être et de l'agrément des malades.

Arrivant à ce qui concerne le tact proprement dit, le Dr RICHARDSON réclame que quiconque est chargé du soin des aliénés, infirmiers, médecins, employés de toute sorte, se souvienne qu'il a affaire à des êtres humains. Il faut avec eux de la fermeté, mais jamais ni violence, ni colère. Le médecin, plus que tout autre, doit être bienveillant pour ses malades ; il doit s'occuper de chacun d'eux en particulier, étudier sa nature, la forme spéciale de son état, et le traiter en conséquence. Ce qui convient à l'un, soit comme médicaments, soit comme égards ou comme direction morale, ne convient pas à l'autre.

Le Dr GUNDY fait observer que les idées exprimées par le Dr RICHARDSON sont très justes en principe, mais ne sont pas toujours réalisables, car le tact ne s'apprend pas, qu'il est inné, et qu'il ne suffit pas par conséquent à tout le monde d'étudier avec soin les malades pour montrer du tact dans la manière de les diriger.

D'autres mémoires ont encore été communiqués au Congrès ; nous avons dit pourquoi nous ne pouvons, à notre grand regret, les faire connaître ici. Mentionnons-les néanmoins. Le Dr STEEVENS, médecin de l'asile d'aliénés de Saint-John, a traité des *Rapports de la tuberculose et de la folie*, et sa communication a donné lieu à une discussion assez longue. Le Dr RICHARDSON a parlé de l'*Utilité de réunir ensemble les salles à manger*. Le Dr PALMER, médecin de l'asile de Malamako, a lu un court travail intitulé : *Emploi, formation et éducation des infirmiers*. Mentionnons encore une lettre du Dr WARD, qui demande une organisation spéciale pour que les mauvais employés, renvoyés d'un asile, ne puissent être admis dans un autre.

Pour ne rien omettre des travaux des Congrès, il faut ajouter qu'une longue séance a été consacrée à discuter

un projet de révision des statuts de l'association, et que finalement l'assemblée a décidé à n'y rien changer.

Le Congrès a duré quatre jours pleins ; chaque jour il y a eu trois longues séances, toutes bien remplies, comme on en a la preuve. Nos confrères d'outre-mer nous donnent ainsi un admirable exemple, que nous ferions bien de suivre, car de tels congrès ne peuvent être que profitables à la science médico-mentale, à l'humanité et à ceux qui ont mission d'améliorer le sort des aliénés. Puissent les vœux si judicieusement formulés naguère à ce sujet par le Dr Ritti être bientôt réalisés. Nous y applaudirons de grand cœur.

Dr VICTOR PARANT.

---

# REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

---

## JOURNAUX AMÉRICAINS

### **The alienist and neurologist.**

Année 1884.

NUMÉRO DE JANVIER.

#### I. — *Quelques progrès récents dans la pathologie du système nerveux*; par le Dr Talbot Jones, de Saint-Paul.

L'auteur passe rapidement en revue les progrès accomplis dans ces dernières années dans les maladies du système nerveux. Dans la *paralysie spinale antérieure subaiguë* qui conduit lentement, mais invariablement, à une issue fatale, on a trouvé comme lésion anatomique ultime, ainsi que dans la *paralysie infantile*, une atrophie des cellules des cornes antérieures.

Carter, de Liverpool, a publié récemment quatre cas d'*atrophie musculaire progressive*, guéris par des injections sous-cutanées de strychnine, l'emploi du phosphate à l'intérieur et l'application le long de l'épine dorsale du cautère de Charcot; succès confirmé par d'autres observateurs.

L'étude des lésions anatomiques de la *paralysie infantile* a montré que la même maladie se rencontre assez souvent chez l'adulte sous la forme de *poliomyélite antérieure aiguë*, nom préférable au premier, en ce qu'il indique le siège et le caractère de la lésion.

Un des mémoires les plus importants parus depuis quelques années est celui de Da Costa et Longstreth (*American Journal of medical science*), qui aboutit à cette conclusion que tous les processus pathologiques compris sous le nom de *maladie de Bright* proviennent directement de modifications dans la structure des ganglions abdominaux du sympathique.

Talbot signale les recherches relatives à la localisation des lésions cérébrales, depuis celles de Fritsch et Hitzig en 1870, jusqu'à celles de Ferrier, Broca, Schiff, Vulpian et autres. Il

croit que le jour n'est pas éloigné où le médecin saura reconnaître aussi sûrement la nature et le siège des lésions cérébrales, qu'il reconnaît actuellement les états morbides du poumon et les lésions valvulaires du cœur.

Talbot passe en revue les travaux relatifs au *myxœdème*, et notamment l'article récent de Allan McLane Hamilton (*Medical Record*, décembre 1882), d'après lequel le siège de la lésion se trouverait dans les profondeurs du système nerveux sympathique.

Viennent ensuite les observations de Charcot, Vulpian et autres, sur les éruptions cutanées dans l'ataxie locomotrice ; l'observation de Tuczek, qui a vu le tabes dorsalis produit artificiellement dans l'ergotisme ; la constatation par Vulpian de phénomènes épileptiques dans certains cas d'ataxie locomotrice ; les travaux du professeur Goltz, de Strasbourg, sur la pathologie et la physiologie de l'écorce du cerveau.

L'étiologie de l'anémie pernicieuse est toujours obscure. Tandis que le Dr King a émis l'idée de lésions du système sympathique, Little croit que la cause primitive doit être cherchée dans la région vaso-motrice du système ganglionnaire. L'auteur rappelle aussi que Brigidi a trouvé dans un cas une lésion du plexus cœliaque.

L'électricité statique est souvent employée avec succès dans le traitement de l'hémiplégie, de ce qu'on appelle l'irritation spinale et du rhumatisme subaigu. Le Dr Morton, de New-York, s'en est servi avec avantage dans la paralysie diphthéritique, la paralysie de Bell, l'atrophie musculaire, les névrites, angines de poitrine, anesthésies, etc.

Les recherches relatives à la syphilis cérébrale feront époque dans la science. Aujourd'hui, grâce aux travaux de Virchow, Ricord, Lancereaux et beaucoup d'autres, un néoplasme syphilitique du cerveau peut être reconnu aussi exactement qu'une lésion scléreuse ou une tumeur non spécifique. L'auteur entre dans quelques détails sur la syphilis du cerveau et cite plusieurs auteurs, entre autres Rosenthal. C'est pour lui le progrès récent le plus considérable dans la pathologie du système nerveux.

## II. — *Rapports médico-légaux de l'épilepsie ;* par le Dr Jas.-Cr. Kiernan, de Chicago.

D'après l'auteur, la responsabilité des épileptiques devant la loi est une question très obscure. Parmi les aliénés, les épilep-

tiques sont ceux qui sont traités de la façon la plus injuste. Un épileptique peut accomplir un acte en apparence prémedité et qui n'est pourtant que le résultat direct de la maladie.

Il y a longtemps que Calmeil a reconnu que les épileptiques sont impressionnables et irritable ayant d'être fous. Des symptômes psychiques frappants se montrent avant l'attaque. Pendant l'attaque, il y a souvent altération ou suspension de la conscience. Après l'attaque, il peut y avoir incohérence pendant plusieurs jours. Kiernan cite un grand nombre d'auteurs, et notamment Falret, qui a distingué les cas où des phénomènes psychiques temporaires précédent, accompagnent ou suivent l'épilepsie, et ceux où des accès psychiques se montrent indépendamment des phénomènes convulsifs ou vertigineux. Ces accès peuvent durer depuis quelques heures jusqu'à des semaines entières, avoir le caractère d'un simple acte de violence ou d'un long accès de manie. Un crime résultant d'aberration psychique épileptique peut être précédé d'une sensation de dépression, être accompli avec délibération relative, et un motif peut s'ajouter à l'insanité.

D'après Hermann, beaucoup de criminels aliénés ont été épileptiques pendant l'enfance, et ce n'est que longtemps après leur premier crime que l'on a reconnu l'épilepsie ou la folie, en recherchant les antécédents.

La question de l'épilepsie simulée se rattache au sujet. D'après l'auteur, les caractères typiques de l'épilepsie permettent de dévoiler facilement la fausseté des allégations du patient. Il cite l'opinion d'un certain nombre de médecins.

### III. — *Des bâtiments agglomérés ou séparés pour les fous;* par le Dr R.-S. Dewey, de Kankakee.

Les deux types de constructions se caractérisent par la concentration ou la séparation des diverses parties d'un établissement et des diverses catégories de malades. Le type concentré est celui qui est adopté aux États-Unis, c'est ce que l'auteur appelle ironiquement le type orthodoxe.

Les constructions séparées présentent quelques inconvénients, mais aussi de nombreux avantages. La tendance actuelle est de combiner autant que possible les avantages des deux systèmes.

Aujourd'hui l'on se préoccupe davantage du bien-être des malheureux, considéré autrefois comme une question secondaire. De grands progrès ont été faits à l'instigation de médecins

philanthropes, et le public lui-même s'est intéressé au sort des aliénés. En même temps, la tendance aux constructions séparées a gagné du terrain. La grande diversité des genres de folie rend nécessaire une classification ; un régime séparé, appliqué à chaque genre, rend supportable les excentricités des malades qui sont intolérables quand on emploie une méthode uniforme.

Dans les idées de l'auteur, le type du *home* doit être encouragé autant que possible. De petites constructions détachées répondent bien mieux aux nécessités du malade qu'un grand asile aggloméré. Le problème actuel est de combiner le plus haut degré de bien-être individuel avec l'économie et l'ordre nécessaires à une institution. Aux États-Unis, les constructions séparées sont de date toute récente.

En résumé, les établissements pour les aliénés ont été construits d'abord en vue de la sécurité publique et sans tenir compte du bien-être de ces malheureux. On les tenait pour des êtres d'une nature différente sous tous les rapports, et cette erreur leur a été funeste en les privant des soins nécessaires. On les a traités comme des prisonniers sans qu'ils fussent coupables et sans qu'ils aient eu la possibilité de se défendre. Peu à peu, la folie a été reconnue comme une maladie, des hôpitaux ont été créés et l'asile concentré s'est développé dans de très belles conditions, mais non adaptées aux divers états des aliénés. Finalement la diversité infinie des fous a commencé à être mieux comprise par le public et par les médecins, et une variété correspondante a été introduite dans les asiles où la tendance au *home* tend à prévaloir.

#### IV. — *Démence paralytique chez les femmes, avec observation d'un cas*; par le Dr S.-V. Clevenger, de Chicago.

En relevant les nombres donnés par trente auteurs, Clevenger trouve le rapport moyen de 1 : 8 pour la fréquence relative de la démence paralytique chez la femme, comparativement à l'homme. Sankey, Scheppard, Dickson, attribuent la plus grande fréquence chez l'homme aux excès sexuels et aux émotions mentales. Luys à la vie plus active de l'homme, à sa liberté plus grande qui lui permet des excès physiques et intellectuels de tout genre.

Buccola, Tamburini, etc., ont trouvé cette affection bien moins fréquente chez les femmes des classes rurales que chez les femmes de la ville. Quant aux relations entre la mén-

pause et les phénomènes paralytiques, l'auteur pense qu'il y a peut-être coïncidence et non relation de cause à effet, les troubles intellectuels de cette période étant de nature très diverse.

Le type prédominant est la forme tranquille, ce qui explique que quelques auteurs l'aient observé si rarement. Clevenger rapporte un cas de ce genre avec autopsie.

V. — *Les frontières de la psychiatrie. Prodromes de l'aliénation mentale*; par le Dr C.-H. Hughes, de Saint-Louis.

L'auteur rapporte trois cas de folie de doute, psychose épileptoïde et aversion morbide. Le premier et le dernier cas sont intéressants en ce qu'ils montrent comment une simple idée morbide peut dominer l'esprit. Les deuxième et troisième cas ont été classés parmi les psychoses épileptoïdes, à défaut d'une autre place. L'accès épileptoïde initial du deuxième cas a probablement son point de départ dans les tubercules quadrijumeaux ; celui du troisième cas dans le centre des couleurs, s'il y en a un dans le cerveau, ce que l'auteur pense avoir de bonnes raisons de croire.

Le premier et le deuxième cas auraient été classés par les spécialistes italiens et français parmi les cas de folie du doute et du toucher, mais ils se caractérisent moins par un doute morbide que par une conviction morbide. Pour l'auteur, le terme de folie du doute est impropre, car, dans la plupart des cas, il n'y a pas de doute mais conviction positive.

Le premier cas est un cas unique, une véritable folie du toucher. Le second cas est une véritable manie de contamination.

VI. — *Des fonctions du cervelet*; par le Dr E.-C. Spitzka, de New-York.

Étude d'anatomie comparée. D'après l'auteur, les notions relatives aux fonctions du cervelet sont encore vagues et contradictoires. Il croit que c'est plutôt l'étude des relations anatomiques que celle des réactions amenées par des lésions pathologiques ou provoquées expérimentalement qui peut nous fournir des indications.

L'auteur entre dans de nombreux détails anatomiques, d'où il tire les conclusions suivantes :

En excluant du cervelet telle ou telle fonction, en se basant sur les résultats négatifs de l'expérience physiologique, on n'a

pas assez tenu compte de ce fait, qu'après tout le cervelet n'est qu'une voie accessoire pour les impressions transmises par d'autres voies, et que c'est seulement les coordinations de mouvement les plus délicates, relativement au temps et à l'espace, qui doivent être rattachées au cervelet d'après les données anatomiques. On peut affirmer, dit l'auteur, qu'une fine oreille musicale, le sens du rythme et du temps, l'adresse dans les exercices du corps ne sont compatibles qu'avec un cervelet intact et bien développé.

#### VII. — *Capacité testamentaire;* par le Dr Isaac Ray.

Tous les peuples civilisés reconnaissent le droit de tester, avec quelques limitations pour ménager les droits des autres et à la condition que le testateur soit sain d'esprit. De là la question : qu'est-ce qu'un esprit sain ?

Pour se prononcer, il faut rechercher quelles sont les facultés intellectuelles nécessaires pour la capacité testamentaire. En premier lieu la mémoire doit être assez active pour rappeler à l'esprit tous ceux qui ont des titres à la générosité du testateur, pour qu'il se rende compte de la nature de ses biens, de leur situation, charges et dettes. Dans la plupart des cas, les conditions générales de la mémoire se reconnaissent dans les relations journalières.

L'infirmité mentale, qui est le plus souvent la cause de l'incapacité testamentaire, est un défaut de jugement. L'imbécillité est difficile à apprécier dans ses divers degrés. On a dit que pour faire un testament valide il fallait avoir les capacités suffisantes pour faire un contrat; mais cela ne résout pas la question.

Pour disposer d'une grande fortune, il faut naturellement un plus grand effort intellectuel que pour une fortune médiocre. Mais un testament n'est pas toujours le produit exclusif de l'intelligence, l'élément moral peut être aussi important que l'élément intellectuel.

La question de la capacité testamentaire des faibles d'esprit est généralement reliée à celle des influences exercées du dehors. Si l'influence est telle que les volontés et intérêts d'autres parties l'aient emporté sur la volonté et les intérêts du testateur, la loi suppose le testament non valide. Mais il faut prouver tout d'abord l'influence mentale.

Pendant longtemps on n'a pas tenu compte de l'insanité

partielle, au moins dans les cas civils ; l'auteur espère que la loi se mettra d'accord avec la science à ce point de vue.

L'influence des croyances, projets excentriques, est souvent difficile à déterminer ; la limite entre l'insanité et l'excentricité est bien vague. Le mieux est de s'en rapporter au sens commun plutôt qu'à des règles posées arbitrairement par la loi.

L'auteur termine en formant le vœu que les législateurs appellent à leur aide les lumières de la science et mettent à profit ses grands progrès récents.

VIII. — *Psycho-névrose des mangeurs d'opium. Méconisme ou papavérisme chronique* ; par le Dr C.-H. Hughes, de Saint-Louis.

L'auteur désigne sous le nom de méconisme ou papavérisme l'altération du système nerveux qui résulte de l'usage prolongé et excessif de l'opium. Il cite cependant des cas remarquables de tolérance pour ce poison.

Le mangeur d'opium ne se corrige jamais de lui-même sans l'aide du médecin. Au bout de quelques mois, on voit survenir des désordres dans les fonctions du système glandulaire et du système nerveux. Il y a inertie du foie et des intestins ; chez les femmes, les mamelles perdent leur forme sphérique ; les appétits sexuels diminuent. La conjonctive devient brillante et transparente.

Le malade devient somnolent, montre de l'indifférence pour ses intérêts graves et ses affaires habituelles. Il devient d'un tempérament imperturbable, est d'une affabilité et complaisance extraordinaires. L'irritabilité et l'agitation ne se produisent que si l'appétit n'est pas satisfait ou l'est irrégulièrement. La seule passion persistante est la poursuite de la drogue. Ils emploient tous les subterfuges, simulent des maladies, pour se faire donner de l'opium.

L'opium paralyse les passions basses et exalte, au moins pour un temps, les bons sentiments. Les doses stimulantes provoquent, moins que l'alcool, l'activité motrice ; les mouvements sont mieux coordonnés, l'intelligence est plus longtemps surexcitée et la prostration consécutive est moindre dans les premières phases du papavérisme.

Les altérations du système nerveux sont plutôt fonctionnelles que reconnaissables anatomiquement. Elles paraissent moins graves et plus transitoires que celles de l'alcoolisme ; le rétablissement peut avoir lieu après un plus long usage et persister

davantage. Des modifications microscopiques du cerveau n'ont pas été constatées dans le méconisme chronique.

Au début, les reins sécrètent plus d'eau et de sels ; la fonction excrétoire de la peau est paralysée ; dans quelques cas l'auteur a trouvé des quantités excessives d'albumine. Mais les mangeurs d'opium meurent souvent d'hydropisie.

L'auteur rapporte plusieurs cas qu'il serait trop long de reproduire. Puis il signale les conséquences fâcheuses au point de vue familial et l'influence possible sur les dispositions testamentaires.

Dans les cas obscurs de méconisme chronique, le diagnostic est assez facile, si l'on peut supprimer la drogue pendant quelque temps. Au bout de trente ou soixante heures, le malade ne pourra plus cacher son malaise et l'état d'affaissement où le plonge la privation du poison. Puis viennent des douleurs dans les articulations et dans le dos, les bras et les jambes. Presque toujours il y a hyperesthésie générale de la peau.

Aucun médecin ne doit supprimer subitement l'opium. C'est un supplice effrayant et il peut en résulter des accidents graves.

La cause la plus fréquente du méconisme chronique est très probablement le renouvellement sans autorisation des ordonnances prescrivant l'opium ou ses sels. Aussi l'auteur recommande-t-il :

1<sup>o</sup> De cacher soigneusement à certains malades la cause du bien-être qu'ils ressentent ;

2<sup>o</sup> De défendre aux pharmaciens de renouveler l'ordonnance sans l'ordre du médecin.

L'auteur s'étend longuement sur le traitement du méconisme. Il faut se renseigner d'abord sur les causes qui ont amené au début l'usage de l'opium. Pour les affections incurables, telles que le cancer et les derniers degrés de la scrofule, on ne doit pas supprimer l'opium, mais seulement en régler l'emploi. L'auteur croit que l'opium est l'antagoniste des progrès rapides de la scrofule.

Si le patient n'a pas d'autre maladie ni aucune prédisposition aux affections cérébrales, on commencera par supprimer 2/5 ou moins de la dose journalière, en y substituant la quinine. On devra s'arrêter de temps en temps et s'assurer que le patient mange et dort bien.

Le valérianate d'ammoniaque et l'extrait de valériane peuvent être donnés au besoin, mais par petites doses au début, car on en aura besoin vers la fin.

Le patient doit faire de l'exercice, prendre un bain d'éponge le matin, le soir un bain chaud avec valériane. Le chloral sera bientôt nécessaire pour le repos de la nuit.

Bromure de potassium, d'ammonium, avec un peu de muriate d'ammoniaque et du sirop d'hypophosphite.

Extrait de malt, pepsine, pancréatine et bismuth.

Quand les nausées arrivent, on fait prendre de l'eau de chaux, du lait, des glaces à l'orange et au citron, de la crème glacée, du café fort avec crème ou thé, du bœuf chaud avec quelques gouttes de créosote.

Dérivation épigastrique avec liniment chloroformique.

Cannabis indica.

Eau de camphre et eau de menthe poivrée à discrédition.

Aucun remède ne supplée mieux à l'opium que la quinine et le cannabis indica, et, comme auxiliaires : chloral, valériane et bromures.

Le mieux pour calmer les douleurs dans les membres est de verser sur les parties douloureuses de l'éther sulfurique qu'on laisse évaporer ; l'électricité galvanique agit parfois merveilleusement.

Pour la diarrhée qui se produit inévitablement, on a recours aux émulsions térébenthinées et à l'huile de castoréum aromatisée, puis au nitrate d'argent, à la créosote ou à l'acide phénique, enfin au camphre et aux astringents.

Pour les palpitations de cœur : bromures, digitale, valériane et noix vomique.

Contre l'irritation de l'estomac : champagne et café fort.

#### NUMÉRO D'AVRIL

##### I. — *Migraine*; par le Dr C.-H. Hughes, de Saint-Louis.

L'auteur définit la migraine une déséquilibration temporaire entre les pertes et les réparations des centres nerveux, une atrophie nerveuse relative provenant du surmenage intellectuel chez des sujets un peu nerveux, appartenant généralement à l'âge moyen de la vie. D'autres causes secondaires peuvent intervenir en produisant la congestion de la tête, des troubles de la circulation. Enfin, la tendance héréditaire joue un certain rôle.

La migraine est ordinairement unilatérale et affecte de préférence le côté gauche où le sang arrive plus directement du

cœur. Elle est périodique, mais les périodes sont très irrégulières.

En refusant de travailler, le cerveau impose lui-même son traitement. Le repos ramène l'équilibre et la récupération des forces physiques, le patient reprend sa vigueur accoutumée.

L'influence sympathique sur l'estomac amène des nausées et vomissements qu'il faut faciliter par des boissons tièdes en respectant les goûts du malade.

Lotions éthérrées sur la tête, laudanum étendu d'eau pour les yeux qu'irrite l'éther. Le repos à l'abri de la lumière et des bruits pénibles est favorable. L'auteur recommande en outre la galvanisation légère de la tête, les bromures, des doses légères d'acide arsénieux, l'eau de menthe poivrée et de petites quantités de créosote. Traitement tonique ; sinapismes sur le dos et l'abdomen.

Pour les anémiques : ferrugineux et reconstituants.

Dans les régions où règne la malaria : quinine et arsenic.

Mercure et iodure de potassium dans les migraines syphilitiques.

Iode et iodure de potassium chez les ouvriers qui travaillent le plomb.

Iode et fer pour les scrofuleux.

D'après l'auteur, l'erreur commise relativement à la migraine a été de la considérer comme un défaut au lieu d'un excès de puissance cérébrale. En conséquence, on a prescrit un traitement stimulant, tandis que la plus grande partie des migraines réclame une répression et régularisation des forces nerveuses.

La migraine avec mélancolie justifie l'emploi de l'opium et de l'aloès, mais il ne faut pas abuser de l'opium. Bromures et chloral, quand le sommeil ne vient pas ; bains chauds ; racine de valériane ajoutée au bain pour les hystériques.

L'auteur vante beaucoup l'électrisation. Il signale une forme de migraine qu'il appelle petite hémicrânie, par analogie au petit mal, et qui suit ou précède la grande migraine.

L'auteur termine par un parallèle entre la migraine et l'épilepsie, dont les relations affirmées par quelques auteurs n'ont, dit-il, pas encore été prouvées.

**II. — Alcoolisme et imbécillité;** par le Dr T.-D. Crothers,  
de Hartford.

L'auteur part de ce fait que l'ivrognerie n'est pas un appétit artificiel provoqué par l'alcool, mais en beaucoup de cas une névrose ayant une cause et une symptomatologie spéciales.

Il signale trois conditions étiologiques :

1° Lésions physiques et psychiques, irritation réflexe, anémie et neurasthénie ;

2° Hérédité ;

3° Arrêt de développement physique et mental.

C'est ce dernier point que traite l'auteur. Il croit qu'on trouvera un grand nombre de cas où l'arrêt de développement de quelques centres du cerveau a passé inaperçu dans l'enfance et s'est manifesté à la suite de l'usage de l'alcool. L'alcoolisme est à la fois un résultat de ce défaut de développement et une cause d'aggravation.

Crothers cite un cas de ce genre. C'est, dit-il, dans la période de transition entre l'enfance et la jeunesse qu'on trouve l'explication du mélange étrange de folie et de raison qui distingue plus tard tant de cas. Quand on peut reconstituer l'histoire de ces cas, on trouve souvent des enfants très précoces, dont l'intelligence a sombré subitement quand est survenue l'ivrognerie, des enfants prodiges qui tombent ensuite aux derniers degrés de l'alcoolisme et de l'imbécillité.

D'autres sujets, peu de temps après la puberté, montrent de grands sentiments religieux et se préparent à la prêtrise, puis disparaissent. On les retrouve dans les asiles et les hôpitaux.

D'autres enfin montrent des instincts pervers dès l'enfance, abusent de l'alcool à la première occasion et deviennent des criminels précoce.

Dans tous ces cas il y a imbécillité, malformation des centres cérébraux et développement asymétrique. L'ivrognerie n'est que le dernier symptôme de cet état.

Parfois l'imbécillité se montre dès l'enfance et se traduit par la faiblesse intellectuelle et le retard de la croissance. Les sujets ont une grande tendance à tomber plus tard dans l'ivrognerie et le surmenage intellectuel auquel ils sont soumis y contribue pour une grande part.

Quand ces divers degrés de l'imbécillité ne sont pas reconnus

dès le début et améliorés par un traitement approprié, le résultat est l'ivrognerie et tous les degrés de folie.

En terminant, l'auteur recommande aux praticiens le traitement préventif des enfants stupides ou choréiques ou précoces et déséquilibrés. Plus on étudie l'ivrognerie et plus, selon lui, ses causes physiques deviennent apparentes.

**III. — *Folie morale affective ou psycho-sensorielle;***  
par le Dr C.-H. Hughes, de Saint-Louis.

L'auteur discute les diverses définitions qui ont été données de la folie morale. Pour lui, c'est une démence dans la conduite, les sentiments ou les impulsions ou tout cela combiné, sans désordre intellectuel assez appréciable pour être reconnu en dehors des impulsions, des sentiments ou des actes. Des cas de délire partiel peuvent y être compris, où l'aberration des facultés morales l'emporte sur celle des facultés intellectuelles.

D'après le Dr Hughes, la folie morale présente deux aspects cliniques bien définis ; ce sont :

1<sup>o</sup> Les cas dans lesquels on ne perçoit ni hallucination ni illusion, ni conception délirante ayant quelque rapport avec les organes des sens, etc.

2<sup>o</sup> Ceux dans lesquels il existe des conceptions délirantes, mais qui ne constituent qu'un facteur secondaire et de minime importance, eu égard à l'ensemble des phénomènes morbides.

L'auteur rapporte quelques cas et discute la question légale de responsabilité. Il conclut qu'il y a là une maladie réelle, qui doit être diagnostiquée par le médecin au point de vue scientifique et sans se préoccuper des exigences de la société et de la justice.

Dans un second article, l'auteur cite un grand nombre de cas et les examine au point de vue indiqué ci-dessus. Enfin, il réserve pour un troisième article la fin de ce travail trop développé pour que nous puissions le suivre sans sortir des limites d'une courte analyse.

**IV. — *Les frontières de la folie;* par le Dr Ira Russel,  
de Winchendon (Massachusetts).**

La ligne de séparation entre la santé et la maladie est impossible à tracer d'une manière précise. Les frontières de la folie sont occupées par des personnes qui passent leur vie à proximité de cette ligne imaginaire, tantôt en deçà, tantôt au

delà, et bien des cas sont très difficiles à classer. L'auteur publie un certain nombre de cas de ce genre, pour lesquels nous ne pouvons que renvoyer au texte original.

V. — *Revue critique de la pathogénie de la chorée;*  
par le Dr Giuseppe Santini.

La science est encore loin d'avoir dit son dernier mot sur la chorée et spécialement sur sa pathogénie. C'est ce qui résulte du nombre et de la diversité des hypothèses émises.

Les lésions ne sont pas toujours identiques et n'occupent pas toujours le même siège. L'auteur croit que, dans la plupart des cas, l'altération anatomique n'a qu'une valeur étiologique, et par suite l'anatomie pathologique est insuffisante pour résoudre le problème de la pathogénie. C'est seulement, d'après lui, l'observation clinique, aidée de la psychologie, qui pourra résoudre la question. Les phénomènes psychiques doivent spécialement attirer l'attention de l'observateur; ils précèdent souvent les troubles moteurs et prédominent dans la symptomatologie de la chorée.

L'examen des troubles moteurs indique l'écorce cérébrale comme étant le siège de la lésion choréique. La chorée étant en dernière analyse constituée par un défaut de coordination des mouvements, ne peut être que l'expression d'une altération centrale, la coordination des mouvements étant la fonction de centres spéciaux.

En outre, le sommeil et l'anesthésie qui agissent sur les centres nerveux, et non sur le système périphérique, amènent la cessation des mouvements choréiques. L'auteur repousse en conséquence la théorie spinale.

En somme, dans l'état actuel de nos connaissances, on peut dire :

1<sup>o</sup> L'organe central des accès choréiques est dans le système des centres nerveux qui sont disséminés dans l'écorce du cerveau.

2<sup>o</sup> La condition morbide immédiate de la chorée doit être regardée comme consistant en une excitation anormale de l'écorce du cerveau, amenant un désordre fonctionnel des centres corticaux psycho-moteurs.

3<sup>o</sup> Les autres centres moteurs distribués le long de l'axe cérébro-spinal prennent part probablement au désordre choréique, mais seulement d'une manière secondaire.

**VI. — Note sur un cas d'altération morbide du sens moral;**  
par le Dr C.-H. Hughes, de Saint-Louis.

Observation d'un cas d'activité morbide des sentiments moraux et religieux chez une femme. De l'étude de ce cas l'auteur croit pouvoir conclure que la malade aurait pu être guérie, si elle avait été placée dès le début dans un asile d'aliénés ou dans un établissement privé et traitée avec soin par un aliéniste. C'est là un des cas où un retard est le plus ordinaire et le plus dangereux.

**VII. — Assistance publique des aliénés et direction des asiles;**  
par le Dr Joseph Workman, de Toronto (Canada).

L'auteur fait la critique des établissements américains pour les fous. Il blâme les règlements administratifs, la trop grande ingérence du gouvernement, le système de suspicion et l'intervention d'autorités non compétentes. Il voudrait qu'un personnel compétent fût formé à l'aide de cours et d'examens spéciaux, que l'étude de la folie constituât une spécialité en rapport avec l'importance de cette branche de la médecine.

Workman cite avec éloge le programme de l'asile italien de Reggio, qu'il voudrait voir adopter ailleurs et notamment en Amérique.

**VIII. — Cas de folie de la puberté (hétérophrénie) accompagné d'épilepsie, chez une jeune fille de seize ans ;** par le Dr Edward-C. Mann, de New-York.

Il s'agit d'une fille qui eut des convulsions jusqu'à l'âge de six ans. Elles reparurent à l'âge de douze ans sous la forme épileptoïde et ont continué depuis avec pâleur de la face, perte de connaissance, etc.

Il y a huit mois, cette jeune fille a commencé à être réglée et en même temps les troubles mentaux se sont développés. Les accès épileptiques sont moins violents, mais l'altération mentale va en augmentant. Tendance érotique allant jusqu'à la nymphomanie; hyperesthésie par moments. Pas de symptômes hystériques, réflexes normaux, règles très peu abondantes.

Les accès convulsifs commençant invariablement dans les mains et les bras, l'auteur suppose une lésion du cerveau, qui, abandonnée à elle-même, aurait probablement abouti à l'atrophie

et sclérose des centres moteurs. Il y avait visiblement une grande irritabilité de la moelle allongée et peut-être aussi du cervelet. Le peu d'abondance des règles et l'engorgement qui en résultait portaient le trouble nerveux à son maximum d'intensité.

Bains de siège avant les périodes menstruelles, sanguines à la vulve. Régularisation des sécrétions, galvanisation du cerveau. Ces mesures thérapeutiques amenèrent une amélioration évidente.

Bromure de camphre, bains chauds le soir pour amener le sommeil. Suppression des viandes, teinture de noix vomique avant les repas. Le cautère actuel fut appliqué deux fois sur la nuque.

Injections sous-cutanées de nitrate de strychnine.

La folie fut complètement guérie. Les accès épileptiques diminuèrent d'abord de fréquence et d'intensité, et ont maintenant à peu près disparu.

#### IX.— *Psychologie physiologique*; par Henry Howard, d'Angleterre.

L'ancienne philosophie considérait la vie, l'esprit et la volonté comme des entités. La philosophie expérimentale reconnaît que ce sont des phénomènes résultant de l'organisation physique. De là une manière complètement différente d'envisager la responsabilité morale.

L'auteur définit la folie un défaut d'équilibre des forces physiques mentales, dû à un désordre pathologique de l'organisme physique mental. L'idiotie et l'imbécillité résulteraient d'une absence d'équilibre des forces, due généralement à un arrêt de développement.

De même qu'il y a des degrés dans l'intelligence et la santé, il y a aussi des degrés différents de folie. Mais la seule division rationnelle, d'après l'auteur, est celle fondée sur l'étiologie du désordre pathologique, qui peut être de nature chimique ou mécanique. Par exemple, la manie alcoolique serait due à une cause chimique, la manie hystérique à une cause mécanique. A cette division correspondent des modes de traitement différents.

L'auteur n'admet le terme *de folie morale* qu'autant qu'il indique que les symptômes psychologiques sont de nature sensuelle ou sexuelle.

L'auteur termine en disant qu'il ne faut pas perdre de vue

que l'homme est un et que la folie est une maladie physique amenant une perte d'équilibre des forces nerveuses. C'est là ce qu'il appelle la doctrine de la psychologie physiologique.

X. — *Folie du doute et mysophobie*; par le Dr C.-L. Dana, de New-York City.

L'auteur fait l'historique des opinions diverses qui ont été émises au sujet de la folie du doute. Puis il rapporte deux cas qu'il a eu l'occasion d'observer.

Le premier est un cas typique de la forme connue sous le nom de mysophobie, forme tactile de la folie du doute.

Le deuxième est un cas typique de la folie du doute, telle qu'elle est généralement décrite.

L'auteur se demande si ces deux formes de trouble mental, folie du doute et mysophobie, appartiennent à la même catégorie. Le principal argument pour les réunir est que les symptômes proviennent des mêmes régions nerveuses.

La folie du doute est surtout une maladie de l'homme. La mysophobie surtout une maladie de la femme.

La première est généralement plus chronique et son pronostic moins favorable.

Dans la plupart des cas de mysophobie on obtient une amélioration ou guérison au moins temporaire.

L'auteur donne à la fin de son travail la bibliographie du sujet.

XI. — *Curabilité de l'ataxie locomotrice et des symptômes de sclérose spinale postérieure*; par le Dr C.-H. Hughes, de Saint-Louis.

L'auteur rappelle que le professeur Erb a reconnu la syphilis comme une des causes les plus fréquentes, sinon la plus fréquente, du tabes dorsalis. Ce sont là d'ailleurs les cas les plus favorables, du moins quand la syphilis est acquise et non héréditaire.

L'auteur a été amené à se demander si l'ataxie locomotrice est curable, et il répond par l'affirmative, autant qu'il est possible de résoudre la question par analogie, en se basant sur les principes généraux de la pathologie nerveuse.

Hughes se propose de demander à l'expérience clinique si la sclérose spinale postérieure est susceptible de guérison, ce qui serait un succès merveilleux de la médecine actuelle.

Si l'absence de réflexe tendineux patellaire est le signe essentiel de la sclérose spinale postérieure, l'auteur a certainement vu des cas de guérison de lésions de la colonne de Burdach. Si, outre le symptôme du genou, la coexistence de la marche ataxique caractéristique, les douleurs fulgurantes, l'anesthésie fémorale, etc., indiquent une sclérose de la zone des racines postérieures, il a certainement observé des guérisons d'ataxie locomotrice vraie. Mais quand les crises pharyngolaryngées et gastriques se sont produites, le terme fatal de la maladie ne peut plus être enrayé.

L'auteur a vu récemment, sous l'influence du galvanisme employé avec persistance, l'écriture altérée et embarrassée redevenir ronde, régulière et naturelle, la coordination du langage reparaître, d'autres symptômes s'améliorer. Malheureusement, dans ces cas de guérison, la preuve anatomique de la sclérose spinale ne peut être faite.

Cependant des observations cliniques récentes imposent à l'auteur la conviction que non seulement la sclérose spinale postérieure, mais aussi une sclérose cérébrale multiple, est actuellement curable, ou du moins qu'il y a une maladie curable dont les symptômes sont tellement analogues, qu'il est impossible de la distinguer de la maladie en question.

Suivent quelques cas observés par l'auteur et l'examen critique des opinions relevées ailleurs.

H... réserve pour un prochain article la description des méthodes de traitement et la relation d'autres cas d'amélioration de sclérose cérébrale et sclérose spinale antérieure.

#### NUMÉRO D'OCTOBRE

##### I. — *Progrès scientifiques récents dans les maladies nerveuses;* par le Dr L.-A. Merriam, d'Omaha.

L'auteur se propose de relever les progrès les plus intéressants et les plus saillants dans les maladies nerveuses, en laissant de côté ce qui concerne la folie.

Il constate les relations nerveuses des diverses maladies et fait l'éloge de l'œuvre de Spencer qui a apporté de grandes lumières sur ce sujet, en faisant l'application aux maladies du système nerveux de la loi de l'évolution. C'est là pour l'auteur un des progrès récents les plus brillants.

En somme, un article qui ne répond guère à son titre et ne renferme rien d'original.

*II. — Aphasie et autres formes de perte du langage dans les maladies du cerveau;* par le Dr Edward-C. Mann, de New-York.

L'auteur définit successivement l'aphasie, l'amnésie, l'aphémie et l'agraphie.

L'article assez long renferme un grand nombre de cas empruntés à la littérature et des citations d'auteurs qui se sont occupés du sujet, notamment du Dr Bastian.

En résumé, les désordres dans la faculté du langage intellectuel sont dus généralement à une lésion de la partie de l'hémisphère gauche du cerveau servie par l'artère médiane gauche du cerveau : le corps strié, l'insula de Reil et la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale du côté gauche du cerveau. Une bibliographie étendue termine l'article.

*III. — Définition de la folie;* par le Dr C.-H. Hughes, de Saint-Louis.

Le fait essentiel pour l'auteur est que l'esprit est relié à l'organisme dans toutes ses manifestations. Un esprit dérangé est toujours uni à un organisme défectueux. Reste à chercher la nature du désordre de l'organisme accompagnant le désordre de l'esprit.

Le cerveau n'est pas seul en cause.

Tout désordre de l'esprit consiste en une impression ou conception organique illusoire ou hallucinatoire, ou une impulsion fausse due à quelque condition morbide de l'organisme affectant la pensée ou les actes de l'individu ou les deux à la fois.

L'essence réelle de la folie est donc une altération morbide de l'organisme.

Les définitions de la folie, indiquant la suspension du caractère habituel de la pensée, des sentiments ou de la conduite, sont correctes pour les formes non héréditaires et les plus communes de la folie; mais la condition essentielle est l'altération des impressions subjectives de la personne aliénée, jointe à la transformation qui en résulte dans la conduite et le raisonnement.

La folie présente plusieurs apparences symptomatiques, par suite de sa grande variété et des points de vue divers des observateurs; mais, d'après l'auteur, on peut réunir en une seule proposition toutes les données de l'aliénation mentale : conception ou perception erronée morbide d'origine subjective, ame-

nant une transformation du caractère mental comparé à celui du moi antérieur (folie acquise) ou à celui du type ancestral normal (folie congénitale).

**IV. — *Contagion mentale dans l'ivresse. Étude psychologique;***  
par le Dr T.-D. Crothers, de Hartford.

Par contagion mentale l'auteur entend une certaine influence d'esprit à esprit, consistant en modifications pathologiques des centres nerveux suivies d'ivrognerie. Son travail a pour but de montrer que beaucoup de cas obscurs d'alcoolisme proviennent directement d'influences psychiques.

Les ivrognes par contagion mentale ont une organisation nerveuse d'une susceptibilité particulière, soit acquise, soit congénitale.

La contagion provient de sources diverses. L'auteur classe les ivrognes, qui sont la source de la contagion, de la façon suivante :

1<sup>o</sup> Les alcooliques irréguliers impulsifs ;

2<sup>o</sup> Les buveurs réguliers, dits modérés ;

3<sup>o</sup> Une autre source moins définie se trouve dans les associations d'étudiants ou autres confréries, dans les influences professionnelles et les rapports de camaraderie. L'auteur en cite quelques cas.

Crothers croit que la science amènera à isoler les alcooliques infectieux, comme on isole les individus atteints de maladies contagieuses, et qu'on arrivera ainsi à préserver de la contagion ceux que leur constitution nerveuse rend particulièrement aptes à contracter cette maladie.

Voici les conclusions de l'auteur :

1<sup>o</sup> Le terme vice, appliqué à des cas obscurs d'alcoolisme dans les premières périodes, n'est justifié ni par l'étude clinique, ni par l'historique des cas.

2<sup>o</sup> L'alcoolisme est souvent propagé d'individu à individu par contagion mentale.

3<sup>o</sup> L'ivrognerie, comme tout autre fait naturel, n'est ni un accident, ni le résultat du hasard, c'est le résultat de causes parfaitement déterminées.

**V. — *De la propriété de l'alcool qui engage les névropathes à boire;*** par le Dr T.-L. Wright, de Bellefontaine.

Pour l'auteur, l'ivrogne est en général un individu atteint de névrose constitutionnelle, qui, quand il a recours à l'alcool,

cherche à échapper à une excitation morbide et non à s'y plonger. Parfois la prédisposition est due à un accident physique, à un traumatisme; mais toute impression forte, par exemple la chaleur, le froid, les conditions électriques et magnétiques, peuvent amener les mêmes résultats chez l'individu nerveux; en un mot, toutes les causes qui influent sur la santé du corps.

La cause étant très souvent extérieure et en dehors de la volonté, il en résulte une espèce d'irresponsabilité de l'individu.

L'auteur cite des exemples indépendants de la volonté et qui ont abouti au suicide, les malades ne pouvant se soustraire autrement aux conséquences de leur infirmité.

La constatation du pouvoir anesthésique de l'alcool a ouvert un nouveau point de vue. Dans l'état d'éréthisme nerveux des individus atteints de névrose constitutionnelle, l'alcool, en leur procurant le repos, est leur meilleur ami; et cela, d'après l'auteur, atténue un peu les méfaits de l'alcoolisme, en montrant que ce n'est pas toujours la recherche d'une stimulation anormale qui pousse les ivrognes à s'empoisonner.

**VI. — *Lésion par contre-coup de l'aire motrice du cerveau;***  
par le Dr J.-H. Greene, de Dubuque.

Relation d'un cas de lésion du cerveau à la suite d'une chute. L'auteur cherche à interpréter les symptômes spéciaux qui se sont produits à la suite de l'accident, à grand renfort de citations empruntées à de nombreux auteurs. Nous ne pouvons reproduire ici les déductions plus ou moins fondées de l'auteur et nous renvoyons au texte original.

**VII. — *Démence paralytique;*** par le Dr Jas.-Cr. Kiernan,  
de Chicago.

L'auteur résume les opinions diverses concernant cette affection. Il donne comme la meilleure la division proposée par Mickle et décrit les diverses phases de la maladie d'après les auteurs connus.

En somme, rien d'original, c'est un recueil de coupures faites un peu partout, dans les publications françaises et étrangères.

**VIII. — *Relation d'un cas de manie aiguë;***  
par le Dr Alex. Nellis, de New-York.

Cas de manie aiguë rapporté par l'auteur, surtout pour montrer la façon dont ces cas sont traités dans les asiles et pour

faire ressortir l'influence des exercices musculaires actifs pour calmer l'agitation des malades.

IX. — *Folie et crime*; par le Dr Clark Bell, de New-York.

D'après l'auteur, en Angleterre et en Amérique, la loi et la science ne sont pas d'accord relativement aux preuves de la responsabilité légale dans les cas d'aliénation mentale.

Les fous savent que l'acte est condamnable, comprennent souvent sa nature et ses conséquences, mais l'accomplissent sous des influences morbides auxquelles ils sont incapables de résister. L'auteur voudrait que les lois fussent modifiées en tenant compte de ce fait. Il discute à ce point de vue quelques causes célèbres jugées en Angleterre et en Amérique.

Dr ALBERT CARRIER.

### BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— La mort par la décapitation; par le Dr Paul Loyer, préparateur du laboratoire de physiologie de la Sorbonne. 1 vol. in-8° de 285 pages, avec préface de M. le professeur Brouardel. Paris, 1888. Publications du *Progrès médical*; Lecrosnier et Babé, édit.

— Psychiatrie. Clinique des maladies du cerveau antérieur basée sur sa structure, ses fonctions et sa nutrition; par le Dr Th. Meynert, professeur des maladies du système nerveux à Vienne. Traduit par le Dr Georges Cousot, de Dinant, tome I. 1 vol. in-8° de 294 pages, avec 64 gravures et une planche en chromolithographie. Bruxelles, 1888. A. Manceaux, édit.

— L'oreille externe. Etude d'anthropologie criminelle; par le Dr L. Frigerio, directeur de l'asile royale d'Alexandrie (Italie). Broch. in-8° de 51 pages, avec 18 dessins dans le texte, de la *Bibliothèque d'anthropologie criminelle et des sciences pénales*. Lyon, 1888, A. Storck, édit.

— Essai sur les maladies des centres nerveux, leurs causes et leur traitement. Irritation oculo-neurale; par George T. Stevens, de New-York. Broch. in-4° de 64 pages. Extrait du tome VIII des *Mémoires des concours et de savants étrangers publiés par l'Académie royale de médecine de Belgique*. Bruxelles, 1888.

# VARIÉTÉS

## NOMINATIONS ET PROMOTIONS

— *Décret du 30 décembre 1888* : Sur la proposition du président du conseil, ministre de l'intérieur, sont nommés au grade de chevalier dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

M. HORRIE (Louis-Nicolas), sous-directeur de la maison nationale de Charenton : En fonctions depuis 1878. Ancien employé de l'administration des lignes télégraphiques. Ancien sous-chef de bureau à l'administration centrale du ministère de l'Intérieur ; trente ans de services ;

M. MIREPOIX, directeur de l'asile public d'aliénés de Maréville (Meurthe-et-Moselle) : Avoué à la cour de Toulouse de 1854 à 1870. Juge de paix de 1870 à 1879. Ancien perceuteur des contributions directes. Services exceptionnels rendus comme directeur de l'asile de Maréville depuis 1881.

— *Arrêté du ministre de l'instruction publique en date du 29 décembre 1888* : Sont nommés officiers d'académie : M. le Dr CHASLIN (Philippe-Emile-Adrien), médecin adjoint à l'hospice de Bicêtre; services rendus au Collège de France; et MM. les Drs Paul POTTIER, médecin adjoint de la maison de santé de Vanves (Seine), et Ch. VALLON, médecin en chef à l'asile d'aliénés de Villejuif (Seine).

— *Asiles d'aliénés de France* : Les concours pour les places de médecin adjoint se sont terminés par les nominations suivantes :

*Région de la Faculté de Lille.* — M. le Dr JOURNIAC, interne des asiles de la Seine ;

*Région de la Faculté de Lyon.* — MM. les Drs CHAUMIER, ancien interne de l'asile de Bron, et BARTHOMEUF, ancien interne des asiles de la Seine ;

*Région de la Faculté de Nancy.* — M. le Dr SIZARET ;

*Région de la Faculté de Paris.* — MM. les Drs SÉRIEUX, ARNAUD, internes des asiles de la Seine, et COMBEMALE, interne des hôpitaux de Montpellier.

— M. le Dr GOSELIN, professeur suppléant à l'École de médecine de Caen, est nommé médecin de l'asile d'aliénés de Caen, en remplacement de M. le Dr Maheut, démissionnaire.

— *Arrêté du 18 janvier 1889* : M. le Dr JOURNIAC, ancien interne de l'asile Sainte-Anne, est nommé médecin adjoint à l'asile public de Saint-Venant (Pas-de-Calais), et placé dans la 2<sup>e</sup> classe de son grade (2,500 fr.) ;

Sont promus pour prendre rang à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1889, M. le Dr CAMUSET, directeur-médecin de l'asile de Bonneval

(Eure-et-Loir), à la 2<sup>e</sup> classe de son grade (6,000 fr.); MM. les D<sup>r</sup>s BROQUÈRE, médecin adjoint à l'asile de Bassens (Savoie), et PICHENOT, médecin adjoint à l'asile d'Auxerre, à la classe exceptionnelle de leur grade (4,000 fr.); et M. le D<sup>r</sup> BELLETRUD, médecin adjoint à l'asile de Saint-Méen (Ille-et-Vilaine), à la 1<sup>re</sup> classe de son grade (3,000 fr.).

#### NÉCROLOGIE

D<sup>r</sup> REIGNIER. — Nous apprenons la mort du D<sup>r</sup> Reignier, décédé à Moulins, le 20 décembre 1888. Ce digne et regretté confrère, ancien interne des hôpitaux, a été pendant près de vingt-trois ans médecin directeur de l'asile départemental des aliénés de l'Allier. Il a quitté l'asile Sainte-Catherine, dont il a été le premier directeur médecin, pour s'établir à Moulins, où il fut pendant vingt ans médecin en chef de l'hôpital civil.

Ses obsèques eurent lieu le 23 décembre au milieu d'une foule considérable et très profondément émue, dans laquelle toutes les classes de la société étaient confondues, toutes les opinions représentées. Sur la tombe, deux discours ont été prononcés : l'un par M. Trimoulier, juge de paix, au nom du conseil d'administration des hospices de Moulins, et l'autre par M. le D<sup>r</sup> Belle, directeur médecin de l'asile des aliénés de Sainte-Catherine. Nous reproduisons ce dernier discours, qui retrace la vie si honorable du D<sup>r</sup> Reignier et fait ressortir avec éloquence les services qu'il a rendus comme médecin aliéniste :

« Au nom des aliénés qu'il a tant aimés, je viens dire un dernier adieu à celui qui a consacré les premières années de sa longue pratique médicale à prodiguer des soins à ces orphelins intellectuels.

Continuateur de l'œuvre de l'homme dont la vie fut si utilement remplie, j'ajoute quelques paroles au discours imprégné d'émotion et de sympathie que vous venez d'entendre.

Le docteur Reignier, par son ardeur pour faire le bien, s'est rendu digne de la mention suivante insérée dans le numéro d'hier d'un journal de la localité, à l'article nécrologie, qui annonçait la fatale nouvelle en répandant la tristesse sur le cœur de tous les habitants. « Le docteur Reignier était un homme de bien, estimé de tous ceux qui le connaissaient. »

Il a beaucoup contribué à la création de l'asile Sainte-Catherine, car celui dont nous déplorons la perte aujourd'hui a prouvé par ses nombreux rapports l'urgence et les avantages de placer en dehors de la ville les malades aliénés qui étaient réunis dans l'établissement de Saint-Gilles, trop étroit pour loger trois cents aliénés.

Lorsque ses efforts philanthropiques ont été couronnés de suc-

cès, il posa la première pierre de l'asile d'Yzeure, où, depuis le 27 juillet 1846 jusqu'au 1<sup>er</sup> février 1869, il a cumulé les fonctions pénibles de directeur et le sacerdoce ingrat de médecin aliéniste. La tâche de premier médecin-directeur était bien lourde, car cette carrière est obstruée par des ronces, qu'un directeur serait incapable d'élaguer, s'il est livré à ses propres forces, sans être aidé par la haute autorité de ses supérieurs.

Néanmoins, le docteur Reignier n'a pas hésité à en accepter le fardeau, qu'il a supporté pendant vingt-trois années. C'est dans l'accomplissement de cette mission qu'il a été permis de constater la générosité de son caractère, les connaissances médicales et administratives étendues de celui dont la dernière étape de la vie si méritante n'a pas été de longue durée, car il fut enlevé en quelques jours à l'affection de sa famille, de ses amis et de sa nombreuse clientèle. Ses rapports médicaux, qui se trouvent dans les archives de l'établissement, sont des modèles que ses successeurs se plairont à lire et à relire, et, par ses combinaisons administratives, il a ménagé les finances du département, tout en augmentant le bien-être de ses chers malades.

Il a consacré sa force intellectuelle à améliorer les conditions physiques et morales des malades dont il avait la tutelle, et pendant ce travail continual auquel il consacrait tous ses instants, il semblait oublier ses amis pour se vouer entièrement à ses malades et à la prospérité de l'asile dont il avait la direction.

Lorsque le poste de médecin en chef à l'hôpital a été vacant, cette situation lui a été offerte et c'est alors qu'il a quitté l'asile, en disant seulement au revoir à ses aliénés, car pendant leur congé, ses successeurs lui réservait la satisfaction de faire l'intérim du service médical, et son retour à Sainte-Catherine était une joie non seulement pour lui, mais encore pour ses anciens malades dont un certain nombre sont encore en traitement.

Pendant sa dernière visite à l'asile dont j'ai été témoin, j'ai vu les malades, auxquels il reste encore une faible lueur de raison, venir lui tendre la main, en lui donnant le nom affectueux de « père Reignier ».

Après avoir adressé un dernier adieu à un prédécesseur, au nom des aliénés et du personnel de l'Asile, je viens partager non seulement la douleur de ses parents, et, en particulier, de ses deux fils, nos confrères, que nous sommes impuissants à consoler, mais encore prendre part au deuil de la famille médicale du département, qui déplore l'absence, ici-bas, de son vénéré doyen. »

#### PRIX DE L'ACADEMIE DES SCIENCES

L'Académie des sciences a tenu sa séance publique annuelle le 24 décembre 1888, sous la présidence de M. Jausen. Parmi

les récompenses décernées, nous relevons celles qui ont été accordées à des travaux relatifs à la physiologie et à la pathologie du système nerveux :

*Prix Montyon* (Médecine et chirurgie). — Une deuxième mention honorable est accordée à M. GILLES DE LA TOURETTE, pour son ouvrage intitulé : *L'hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal*.

Des citations honorables sont accordées aux auteurs des ouvrages énumérés ainsi qu'il suit : M. BÉRILLON : *Sur la dualité cérébrale*; MM. BINET et FÉRÉ : *Le magnétisme animal*; M. MARTIN (de Bordeaux) : *Étude sur l'astigmatisme et ses rapports avec la migraine*.

*Prix Lallemand.* — L'Académie partage ce prix (1,800 fr.) par moitié entre M. FRANÇOIS-FRANCK, auteur des *Leçons sur les fonctions motrices du cerveau et l'épilepsie corticale*, et M. BLOCQ, pour son ouvrage sur *Les contractures*. — Une mention honorable est accordée à M. E.-L. BOUVIER, pour son travail sur *Le système nerveux, la morphologie et la classification des gastéropodes prorobranches*.

#### CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE MENTALE

Par arrêté en date du 11 février 1889, le ministre du commerce et de l'industrie, commissaire général de l'Exposition universelle de 1889, a nommé membres du comité d'organisation du congrès international de médecine mentale :

MM. BALL, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine;  
 BLANCHE, membre de l'Académie de médecine;  
 CHARPENTIER, médecin à Bicêtre;  
 COTARD, président de la Société médico-psychologique, médecin de la maison de santé de Vanves.  
 FALRET, médecin de la Salpêtrière, vice-président de la Société médico-psychologique.  
 GARNIER (Paul), médecin de l'infirmerie du dépôt de la préfecture de police.  
 MAGNAN, médecin de l'asile Sainte-Anne.  
 MOTET, secrétaire général de la Société de médecine légale.  
 RITTI, médecin de la maison de Charenton, secrétaire général de la Société médico-psychologique.  
 VOISIN (Auguste), médecin de la Salpêtrière.

Le comité d'organisation s'est réuni le samedi 23 février, à quatre heures et demie, à l'hôtel des Sociétés savantes. Après avoir entendu les communications officielles qui lui ont été faites par M. le professeur Gariel, rapporteur général des congrès et conférences de 1889, il a pris en considération les réclamations de nombreux médecins des asiles de province et changé la date

du Congrès de médecine mentale, qui se tiendra définitivement du lundi 5 août au samedi 10 août. La question des excursions scientifiques a été ensuite discutée ; il a été décidé qu'il y en aurait trois : l'une, à l'asile de Villejuif ; la deuxième, à l'asile Sainte-Anne, à Paris ; la troisième, à Bicêtre, pour visiter le service de M. le docteur Bourneville.

#### CONGRÈS INTERNATIONAL DE PSYCHOLOGIE PHYSIOLOGIQUE

Par arrêté en date du 11 février 1889, le ministre du commerce et de l'industrie, commissaire général de l'Exposition universelle de 1889, a nommé membres du comité d'organisation du congrès international de psychologie physiologique :

**MM. BRISAUD**, agrégé de la Faculté de médecine.

**CHARCOT**, membre de l'Institut, professeur à la Faculté de médecine.

**FERRARI (H.)**, trésorier-bibliothécaire de la Société de psychologie physiologique.

**GELEY**, directeur du laboratoire de l'Hôtel-Dieu.

**MAGNAN**, docteur-médecin de l'asile Sainte-Anne.

**MARILLIER**, secrétaire de la Société de psychologie physiologique.

**OCHOROWICZ**, professeur à l'université de Lemberg.

**RIBOT**, professeur au Collège de France.

**RICHET (Ch.)**, professeur à la Faculté de médecine.

**RUAULT**, secrétaire de la Société de psychologie physiologique.

**SULLY-PRUDHOMME**, membre de l'Académie française.

**TAINÉ**, membre de l'Académie française.

#### CONFÉRENCE SUR LA FOLIE DANS LE THÉÂTRE DE SHAKESPEARE

Nous empruntons au *Petit Phare* (numéro du samedi 22 décembre 1888) le compte rendu suivant d'une conférence faite par notre collaborateur, M. le Dr Biaute, à la Bibliothèque populaire de Nantes :

« La sixième conférence de cette série, la dernière de l'année, mais non de l'hiver, car il y en aura d'autres l'année prochaine à une date ultérieurement annoncée, a été donnée hier. M. le Dr Biaute, médecin en chef du quartier des aliénés à Saint-Jacques, préparait depuis quelque temps pour cette soirée une étude sur *la folie dans le théâtre de Shakespeare et notamment dans Hamlet*. Au dernier moment, trop tard pour contremander la conférence annoncée, des circonstances indépendantes de la volonté de M. Biaute l'ont mis dans l'impossibilité de développer lui-même cette étude. Désireux d'éviter à ses auditeurs la déconvenue de trouver visage de bois, il a recouru à l'obligeance de M. Millat, interne au quartier des aliénés, qui a bien voulu,

quoique pris à l'improviste, se charger de présenter au public le travail de M. Biaute, et qui s'en est acquitté à son honneur.

Peu de sujets sont plus intéressants, car on a déjà beaucoup écrit et on écrira encore beaucoup sur cet admirable drame d'*Hamlet*, sur Ophélie et sur la folie vraie ou simulée de son amant. Pour M. Biaute, qui s'est occupé de la question aux lumières de la science et non au point de vue de l'art, il y a simulation et non folie chez Hamlet; quant au cas d'Ophélie, la médecine aliéniste d'aujourd'hui le connaît et le guérit. On sait que Goethe, dans son *Wilhelm Meister*, où il étudie en une centaine de pages le drame du poète anglais, voit dans Ophélie une jeune fille d'un tempérament sensuel, que l'éducation maintient dans la retenue et la chasteté, mais qui, une fois atteinte d'aliénation mentale, laisse libre cours à son tempérament naturel, au point de chanter des vers qui jurent singulièrement sur les lèvres d'une jeune fille. Aux yeux des aliénistes, Goethe est dans l'erreur : les femmes les plus honnêtes, les jeunes filles les plus retenues, tiennent parfois, sous l'action de l'aliénation mentale, un langage qui ne se parle que dans des lieux où elles n'ont certainement jamais pénétré.

Nous ne suivrons pas le travail de M. Biaute dans ce qui a trait aux hallucinations d'Hamlet et de Macbeth, à celle de Brutus la veille de la bataille de Philippi, au somnambulisme de lady Macbeth, cela nous mènerait trop loin ; mais nous devons dire que M. Biaute constate que partout, dans les scènes de genre, Shakespeare fait preuve d'une pénétration des plus surprenantes ; un aliéniste qui serait en même temps grand poète n'écrirait pas ces scènes autrement. Aussi proteste-t-il de toutes ses forces contre la légende qui veut voir un débauché, à la fois ivrogne et dissolu, dans un poète qui n'a pas écrit moins de trente-sept œuvres, qui témoignent de longues études préalables, de recherches patientes et d'observations scrupuleuses incompatibles avec l'esprit de dissipation. Ce qui n'est pas moins à l'honneur de Shakespeare, c'est que, dans un temps comme le sien, où l'on avait de très fausses idées sur la folie et de très cruels procédés envers les malades, il n'a eu pour les fous que de l'attendrissement. Aussi peut-on dire, sans rien exagérer, qu'il a été le précurseur de Pinel et d'Esquirol.

L'auditoire a témoigné par ses applaudissements le plaisir que lui faisait le travail de M. Biaute et le gré qu'il savait à M. Millat de s'en être fait l'interprète. De nombreuses projections, très bien faites par M. Pinard, ont complété l'intérêt de cette soirée.

#### UNE PHASE DE LA VIE RUSSE

Un écrivain russe, M. Tsakni, a récemment étudié en détail le singulier état d'esprit qui s'est fait jour depuis une cinquan-

taine d'années dans le monde slave et qui rappelle à beaucoup d'égards des phases analogues, mais très antérieures, dans la vie des nations occidentales. Il s'agit de la fermentation religieuse qui agite des millions d'hommes et revêt les formes les plus variées au fond d'une multitude de sectes, toutes à la recherche de « la vérité », du « vrai Dieu » et du « salut éternel ». Le pessimisme, qui est un trait si marqué du caractère russe, apparaît surtout dans la philosophie de ces sectes. On le voit atteindre là ses limites extrêmes et en venir à sa conclusion logique, le dégoût absolu de la vie, se traduisant par le suicide. Les chefs de ces religions nouvelles proclament que l'humanité est plongée dans le péché, qu'il n'y a plus de vertu sur la terre, que le démon y règne et que le mal triomphe. Comme remède, ils indiquent le renoncement définitif au monde, la rénovation de la vie sociale sur des bases nouvelles, ou tout simplement la mort volontaire.

Parmi les milliers de prédicants que ce mouvement a suscités, un des plus populaires était le moine Faloré, qui exerçait son apostolat sur les bords du Volga. Le fond de sa théorie était la nécessité du suicide pour qui voulait faire son salut. « On ne peut plus vivre en ce monde de barbarie et de péché, disait-il avec une logique farouche. C'est dans la mort qu'il faut chercher le salut. Mourons pour le Christ!... » Cette thèse séduisit un très grand nombre de disciples, qui s'attachèrent au maître, avec l'intention bien arrêtée de mourir en sa compagnie. Quarante-vingt-quatre d'entre eux prirent rendez-vous dans une grotte pour s'y mettre en prières et jeûne jusqu'à la mort. Ils avaient eu soin d'entasser près de là des fagots de bois et de la paille, afin de se brûler vif, si d'aventure la police s'avisa de mettre obstacle à leur projet. C'est précisément ce qui arriva. Une femme qui conservait des doutes sur la nécessité du suicide en commun s'échappa et donna l'alarme. Les gendarmes cernèrent la grotte. Mais les fanatiques avaient eu soin de disposer aux alentours des sentinelles ; avertis de l'approche des profanes, ils se mirent à crier : « L'antéchrist arrive!... Ne tombons pas vivants aux mains de l'ennemi ! » L'incendie s'allume. En vain les gendarmes et les habitants d'un village voisin s'efforcent de l'éteindre et d'arracher les misérables à cette mort affreuse. Ils luttent avec acharnement, s'entre-tuent à coups de hache et se jettent dans les flammes, aux cris de : « Mourrons pour le Christ ! » Parmi ceux qu'on réussit à sauver, en dépit d'une résistance acharnée, se trouvait un paysan nommé Touschkof, qui passa en jugement et fut condamné à la détention perpétuelle. Il s'échappa et se mit à propager la doctrine du suicide. Son apostolat eut le plus grand succès : bientôt il avait groupé autour de lui soixante personnes décidées à la mort, et parmi lesquelles se trouvaient des familles entières,

père, mère et enfants. Cette fois on ne choisit pas une grotte, mais une *izba* de paysans comme théâtre du drame. Sur un signal donné, tous ces infortunés commencèrent à se massacrer à coups de couteau et de hache. Quand la police arriva, attirée par les hurlements des blessés, il y avait déjà trente-cinq morts.

Une secte nombreuse est celle des « sauteurs », qui s'est développée depuis vingt-cinq ans environ dans le Caucase et les provinces voisines. La population de ces contrées, — en grande partie formée de dissidents exaltés que le gouvernement russe y déporte pour arrêter leur propagande démoralisatrice, — est un terrain tout prêt pour les idées mystiques. La plupart des sectes russes y comptent des représentants. L'état encore à demi sauvage du pays et l'éloignement du pouvoir central permettent aux plus fanatiques d'arranger leur vie selon les préceptes de leur foi et ils en profitent pour se livrer à un actif apostolat parmi les indigènes ou les colons. C'est là que s'est révélée la nouvelle religion des *Prigouni*, dont le chef prenait le titre de Dieu, prêchait l'échéance imminente de la fin du monde et alléguait que le seul moyen d'échapper à la damnation éternelle était de se confesser à lui. L'état de grâce se manifestant chez le pécheur absous par la descente directe du Saint-Esprit et par un accès de chorée contagieuse, les plus sceptiques étaient bien obligés de se rendre à l'évidence. On voyait les fidèles tomber en pamoison, se livrer à des contorsions variées, quitter leur place en faisant des bonds prodigieux pour se mettre à danser sans musique; finalement, ils tombaient dans les bras les uns des autres en se donnant des baisers fraternels. Comment douter de l'efficacité de la grâce, devant une gymnastique pareille? Les prosélytes furent innombrables.

Mais le drame le plus terrible qui ait été le résultat de cette étrange épidémie religieuse se passa dans la province de Perm, au fond d'une forêt. Il eut pour acteur un paysan nommé Khodine, qui avait reçu une certaine éducation et qui lisait constamment des livres mystiques. Après quelques années de ce régime, Khodine arriva à la conviction que la fin du monde approchait. Il en conclut que le seul parti raisonnable à prendre, si l'on voulait sauver son âme, était de quitter le monde, de se réfugier dans la solitude des bois et de mettre un terme à une vie de péché et d'ignominie. Toutefois, avant d'exécuter ce projet, il crut convenable d'en faire part à ses amis et voisins, afin de leur donner au moins une chance d'arriver au bonheur éternel. Sa mère, son frère, sa belle-sœur et un vieil oncle s'empressèrent d'adopter ses vues; plusieurs autres disciples se joignirent bientôt à ce petit troupeau. Il fut convenu qu'on partirait pour s'enfoncer dans une forêt sauvage, s'y enterrer vivants et mourir de faim tous ensemble. Mais d'abord il convenait de faire une toilette appropriée aux circonstances. Les

femmes passèrent trois jours à coudre des vêtements funéraires que les adeptes revêtirent pour se mettre en route, après avoir solennellement renoncé à Satan, à ses pompes et à ses œuvres. Quand ils furent arrivés au lieu désigné pour le sacrifice, Khodine leur dit : « Maintenant que vous avez renoncé à Satan, il ne s'agit plus que de supporter la faim et la soif. Si vous restez douze jours sans manger ni boire, vous entrerez au royaume de Dieu. » Alors commencèrent des semaines d'intolérables souffrances. Incapables de les supporter, les femmes et les enfants sanglotait en suppliant qu'on leur donnât quelques gouttes d'eau; ces larmes émurent quelques-uns des fanatiques : ils se jetèrent aux genoux du maître pour lui demander d'avoir au moins pitié des plus petits. Mais Khodine resta insensible à ces prières. Ni les larmes, ni les hurlements, ni la vue des tortures qui déchiraient les flancs de ces misérables ne purent l'émoivoir. Il regardait d'un œil sec les enfants paissant le gazon, dévorant les feuilles de fougère ou avalant des poignées de terre. Cependant deux des adeptes se trouvaient hors d'état de tolérer ces abominables spectacles et s'enfuirent pendant la nuit. Khodine eut peur, quand il constata leur absence, et résolut de hâter la mort, si lente à venir. « L'heure a sonné : êtes-vous prêts?... demanda-t-il à ses disciples. — Nous sommes prêts! » répondirent les infortunés. Aussitôt on se mit à massacrer les enfants et on les enterra. Cela fait, les survivants tinrent conseil et décidèrent qu'il serait plus méritoire de souffrir encore et de ne succomber qu'à la faim. Mais des pas se firent entendre; sans doute les fugitifs avaient averti la police; il ne fallait pas tomber vivants aux mains des suppôts de l'antéchrist... Les hommes se jetèrent sur les femmes à coups de hache, puis se massacrèrent les uns les autres. Quand les gendarmes arrivèrent, ils n'en trouvèrent plus que trois, parmi lesquels Khodine, chez qui la vie n'était pas éteinte.

(*Le Temps*, n° du jeudi 14 juin 1888.)

#### FAITS DIVERS

*L'hypnotisme à Odessa.* — Le général-gouverneur d'Odessa vient de prendre une décision en vertu de laquelle les médecins de cette ville qui voudraient appliquer l'hypnotisme, dans un but thérapeutique, sont tenus de se faire assister, à chaque séance, au moins par deux confrères.

*Revision de la loi de 1838 sur les aliénés.* — Dans la séance du 27 décembre 1888, la Commission de la Chambre des députés a nommé M. le Dr BOURNEVILLE rapporteur.

*Ecole pratique des Hautes-Etudes.* — Il est créé un laboratoire de psychologie physiologique à l'Ecole pratique des

Hautes-Études (section des sciences naturelles). M. le D<sup>r</sup> BEAUNIS est nommé directeur dudit laboratoire.

— Nous signalons à l'attention de nos lecteurs deux nouvelles revues qui viennent de paraître. La première, dirigée par notre savant confrère, M. le D<sup>r</sup> DESCOURTIS, est la *Revue d'hygiène thérapeutique*; la seconde a pour titre : *L'anomalo. Gazettino antropologico, psichiatrico, medico-legale*, et a pour directeur M. le D<sup>r</sup> ANGELO ZUCCARELLI, professeur de clinique psychiatrique à l'Université de Naples.

#### ENSEIGNEMENT

**ASILE SAINTE-ANNE.** — Depuis le 6 février 1889, M. le D<sup>r</sup> ROUILLARD, chef de clinique de la Faculté, médecin adjoint des asiles d'aliénés de la Seine, fait des conférences cliniques sur les maladies mentales, dans les pavillons de la clinique, à l'asile Sainte-Anne, tous les mercredis, à 4 heures de l'après-midi.

#### PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Prix proposés pour 1890. — **PRIX AUBANEL.** — 2,400 francs. — Question : *Des difficultés du diagnostic différentiel de la paralysie générale avec les diverses formes de la folie*.

**PRIX BELHOMME.** — 1,000 francs. — Question : *De l'état mental et du délire chez les idiots et les imbeciles*.

**PRIX ESQUIROL.** — Ce prix, de la valeur de 200 francs, plus les œuvres d'Esquirol, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

**PRIX MOREAU (DE TOURS).** — Ce prix, de la valeur de 200 francs, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1888 et 1889 dans les facultés de médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale et nerveuse.

*Nota.* — Les mémoires manuscrits ou imprimés, ainsi que les thèses, devront être déposés le 31 décembre 1889, chez M. le D<sup>r</sup> Ant. Ritti, médecin de la maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société. Les mémoires manuscrits seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresse des auteurs.

Pour les articles non signés : ANT. RITTI.

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

---

**Pathologie.**

---

**DU RÊVE ET DU DÉLIRE ALCOOLIQUE**

par le Dr H. DAGONET

(Suite et fin.)

---

Mais c'est surtout dans les accès d'alcoolisme que le délire hallucinatoire prend réellement les caractères d'un véritable cauchemar.

Tout le monde sait que chez l'aliéné les sens interviennent d'une manière plus ou moins active, ils ne sont fermés ni au bruit ni à la lumière, mais les impressions sont faussement interprétées, l'intervention des sens ne sert qu'à aggraver l'état mental du malade.

L'aliéné réfléchit, en général, sur tout ce qu'il ressent, mais sa personnalité est profondément modifiée, et les explications qu'il éprouve le besoin de chercher et de

donner sur les sensations maladives qu'il endure sont absolument erronées.

Dans le rêve, au contraire, et dans le délire assimilable au rêve, la chaîne qui relie entre elles les différentes opérations psychologiques est absolument interrompue, le raisonnement faux ou vrai n'intervient plus, ce sont des phénomènes fugaces auxquels l'individu ne peut rien comprendre et qui le jettent souvent dans une perplexité inexprimable. Si, par hasard, les sens interviennent, ils ne provoquent plus son attention et sa volonté ne se manifeste que comme un acte réflexe, prête à exécuter les inspirations subites que lui suggèrent les idées mobiles et les hallucinations bizarres qui le dominent.

On peut dire que dans le rêve véritable, comme dans celui qui caractérise certaines espèces d'intoxication, on observe surtout l'excitation partielle de certaines facultés, tandis que les autres, telles que la réflexion et la conscience, restent entièrement suspendues.

Ce qui, particulièrement, caractérise l'accès d'*alcoolisme aigu*, c'est la mobilité, la multiplicité, l'instantanéité des hallucinations de la vue et de l'ouïe, et des idées bizarres plus ou moins en rapport avec les troubles de la sensibilité générale et spéciale; ce qu'on remarque encore, c'est l'impossibilité pour l'individu de fixer sur elles son attention, et dans les cas graves, lorsque surtout il survient des attaques épileptiformes, d'en conserver le souvenir. Si ce délire ne s'accompagne pas de sommeil, les sens n'en restent pas moins fermés plus ou moins complètement aux impressions extérieures comme chez l'homme endormi; ce délire est fugace comme le cauchemar et disparaît au fur et à mesure qu'il diminue l'influence de l'intoxication alcoolique. Cette espèce de cauchemar peut également se reproduire dans l'alcoolisme chronique, en dehors de tout excès récent et

sous l'influence d'une simple contrariété ou d'un accès de fièvre.

L'alcoolique, dans son rêve, comme celui que l'on suggestionne dans l'hypnotisme, obéit passivement aux ordres qu'il croit entendre, aux impulsions que déterminent chez lui les émotions qu'il ressent. Il peut conserver le souvenir de cette étrange situation pendant quelque temps encore, après qu'il a repris possession de lui-même ; dans les cas peu graves, comme nous le verrons, il peut lui-même en donner une description quelquefois très complète.

Dans l'ivresse profonde comme à la suite d'attaques épileptiques, le souvenir de ce qui s'est passé pendant la période délirante est d'habitude entièrement effacé. « J'ignore, dit l'accusé, à quelle heure je suis sorti, avec qui, comment j'ai fait le trajet de l'hôtel à mon bureau, qui m'a ouvert la porte et allumé la lampe. Quel est ce cadavre, c'est ce qu'il m'est impossible de comprendre. Plus tard, cependant, quand on a fait une perquisition sur ma personne, cet acte, à ce qu'il paraît, m'a tiré de ma léthargie. J'éprouvai un mouvement d'indignation qui reste dans mon souvenir, puis bientôt encore il s'efface et tout disparaît pour moi, jusqu'au moment où, après un sommeil de plusieurs heures, je me trouve en face de l'accusation terrible qui est portée contre moi. Voilà tout ce qui m'est resté de cette horrible scène ; pendant les longues insomnies de ma captivité, j'ai fouillé dans mes souvenirs, j'ai usé tous mes efforts pour faire retrouver à ma mémoire quelques détails, je n'ai rien trouvé. » (*Gazette des Tribunaux*, 1<sup>re</sup> coll., 1844.)

Presque toujours, comme le fait observer Marc, l'extravagance et l'atrocité des actions accomplies dans ces sortes d'accès, particulièrement lorsqu'ils sont de courte durée, résultent d'hallucinations ou d'illusions ; les ma-

lades ne conservent, en général, de leur accès qu'un souvenir confus.

Le délire alcoolique n'est pas un délire, mais un rêve, telle est la proposition développée par Lasègue, dans un travail présenté à l'Académie. (*Arch. génér. de méd.*, novembre 1881.)

Il a voulu montrer que chez l'alcoolique, contrairement à ce qui se passe en général chez les aliénés, le délire n'était que la continuation du rêve.

Le rêve, dit-il, est une hallucination visuelle à tableaux mobiles, variables, se succédant rapidement, sans transition, et dans laquelle le dormeur qui a perdu la conscience de sa personnalité, participant aux scènes qui se déplient devant lui avec la rapidité changeante d'un kaléidoscope, va, vient, s'agit et franchit en un instant des espaces sans limites, pour se retrouver à son réveil à son point de départ. L'ouïe ne prend généralement aucune part à cette hallucination, ou si elle en prend une, elle est toujours très secondaire. Tout autre est le délire hallucinatoire de l'aliéné dans lequel c'est l'ouïe au contraire, qui joue, en général, le principal rôle. Chez l'aliéné, le sommeil est suspensif du délire, comme il est suspensif des mouvements involontaires chez le choréique ; lorsqu'il rêve, c'est en dehors des sujets ordinaires des divagations du jour que son imagination se met. Il n'en est pas de même chez l'alcoolique. La première caractéristique au contraire de son délire, c'est qu'il est identique à son état de rêve. Aucun délire alcoolique n'éclate brusquement ; chez tous les sujets qui se trouvent dans cet état, le délire semble toujours avoir été préparé par des rêveries de durée variable.

Toute crise de *delirium tremens* se décompose, en effet, en trois temps : 1<sup>o</sup> Période de délire exclusivement nocturne avec retour à la santé mentale pendant le jour ;

2<sup>e</sup> période de délire diurne, avec prédominance la nuit ; 3<sup>e</sup> convalescence. Le délire nocturne peut constituer, à lui seul, toute la crise et se continuer ainsi pendant une série de nuits, sans aller au delà. L'intoxication dans ce cas a été limitée à son minimum. Lorsque le délire de jour survient, il se manifeste au réveil, et continue, non seulement au point de vue psychique, mais au point de vue matériel, les rêves dont il n'est qu'une sorte d'épanouissement. Le passage du délire dormant au délire éveillé s'opère sans transition.

Le sommeil chloroformique, ajoute Lasègue, les divers sommeils toxiques sont connus par leurs principaux caractères distinctifs. Il fallait faire une place à part parmi ces sommeils pathologiques au sommeil alcoolique. (Lasègue, *Archives générales de médecine et Gaz. des hôpitaux*, 1881.)

Il nous a paru intéressant de présenter une série d'observations qui viennent confirmer les remarques de Lasègue et justifier le point de vue auquel il s'est placé, nous les résumerons succinctement. Les troubles intellectuels qu'détermine l'intoxication chez les alcooliques sont bien connus, ils ont une physionomie tellement caractéristique qu'on les dirait tous frappés dans le même moule. Ce qu'on peut affirmer, c'est que, dans la généralité des cas, ce délire est fugace et présente la physionomie d'un véritable cauchemar.

Les accès, en se répétant, peuvent déterminer, surtout chez celui qui est atteint de prédisposition héréditaire, un véritable état d'aliénation mentale.

OBS. I. — T... vient de l'Hôtel-Dieu; sa figure porte une expression de frayeur, ses idées sont légèrement incohérentes. Le malade nous explique qu'il était tout récemment entré à l'Hôtel-Dieu pour des douleurs qu'il ressent dans le bras droit. Il est veuf depuis cinq ans, et il a un enfant de quatorze ans recueilli chez sa sœur. *Depuis quelques jours, il*

*avait des cauchemars*, il entendait à chaque instant des bruits dont il ne pouvait se rendre compte. Il a, dit-il, été témoin à l'Hôtel-Dieu du crime le plus horrible; un malade placé à côté de lui, nommé Maillard, a été l'objet de la part des religieuses du plus abominable forfait. On a placé dans son lit une *poupée femme*, et introduit de force les parties de ce malade dans la poupée, puis on a tiré avec des cordes, etc. C'était les religieuses qui commettaient ce crime. Il a encore vu deux autres crimes semblables; cela l'a vivement ému. Il a écrit au procureur de la République pour dénoncer ce crime; tous les journaux, dit-il, l'ont fait connaître... Mobilité des traits de la face, tremblement des membres, des muscles de la figure; il est sujet à des étourdissements, il a aussi des troubles de la vue, les objets remuent, se confondent les uns dans les autres, etc. — Confusion dans les souvenirs. Il prétend avoir été à Auteuil en sortant de l'Hôtel-Dieu; là, il aurait été l'objet de mauvais traitements, les gens qui étaient avec lui voulaient le jeter à l'eau. Il est absolument convaincu des faits qu'il avance, il ne veut pas croire les affirmations contraires.

Voici la lettre qu'il écrit au procureur de la République :

« Monsieur le Procureur de la République,

« Je suis un témoin oculaire de l'affreux événement des trois victimes de l'Hôtel-Dieu; j'ai vu commencer l'assassinat de Maillard et divers détails concernant le fonctionnement de la *poupée femme*, et d'autres faits de courtisanerie. Je crois que ma déposition sera d'une grande utilité pour l'instruction. Je dois vous dire que c'est sur mes renseignements que le propriétaire a fait fermer la grille le soir, à sept heures. Si vous trouvez, Monsieur le Procureur, la nécessité de m'appeler, je me tiens à votre disposition. »

« Recevez, etc.... »

Trois jours après son entrée à l'asile, T... sort de son délire; il reconnaît toute la fausseté de ses idées, il s'imaginait avoir été à Auteuil, s'être engagé chez un marchand de bois, etc.; rien de tout cela n'était vrai. Il était allé à l'Hôtel-Dieu pour se faire soigner de douleurs de bras, il avait été effrayé en voyant mourir plusieurs personnes autour de lui et il était encore sous l'influence d'excès alcooliques. Il voyage en province et voit à Paris, dans les hôtels et les cafés, les clients avec lesquels il fait habituellement des affaires.

Les exemples que nous rapportons sont très communs, on les observe tous les jours, nous nous bornons à les résumer au point de vue auquel nous nous plaçons.

**OBS. II.** — A... est arrêté sur sa demande, se disant poursuivi à coups de couteaux. Il a des hallucinations de l'ouïe qui lui causent de vives frayeurs, il entend *la nuit* surtout des gens qui se disputent, qui veulent pénétrer de force dans sa chambre, qui menacent de lui donner des coups de couteau, et dans le dortoir où il couche au milieu d'autres malades, il veut barricader la porte pour empêcher les gens d'entrer. Il faisait des excès de vin blanc.

**OBS. III.** — B... fait des excès d'absinthe. — Des voix l'accusent d'avoir empoisonné sa mère, d'être l'assassin de la rue Blondel, il voit des flammes, des figures grimaçantes. — La nuit, il lui semble que son lit s'ouvre en deux parties et qu'il va tomber dans un abîme. Longtemps après la guérison de l'accès, il est tourmenté par des cauchemars et de l'insomnie.

**OBS. IV.** — C... est très agité depuis huit jours ; il a des visions, de l'insomnie, il se sauve voyant des hommes qui veulent l'assassiner, le voler, il entend dire qu'on a coupé sa femme en morceaux. — Il ne se rappelle plus, quelques jours après, son passage à la préfecture de police.

A un degré moins élevé de l'alcoolisme, le délire hallucinatoire, qui présente toujours les caractères d'un véritable cauchemar, peut se manifester avec une intensité plus ou moins grande, mais la mémoire persiste et le malade peut, après la cessation de l'accès, se rappeler les phénomènes auxquels il a été en butte.

**OBS. V.** — D... voit des fantômes, des ombres, il entend des choses effrayantes ; sous l'influence de la frayeuse irréfléchie qui le domine, il fait des tentatives de suicide, cherche à se couper le cou. L'accès de délire alcoolique passé, il se rend compte des phénomènes qui l'ont agité et des motifs qui l'ont brusquement porté à se suicider.

A un degré plus élevé, le malade ne conserve qu'un souvenir confus des hallucinations auxquelles il a été

sujet; il se rappelle vaguement qu'il voyait du feu, des diables, mais il existe chez lui une perte de souvenir relative aux événements qui ont précédé ou suivi immédiatement la séquestration. L'individu ne se rappelle plus les circonstances au milieu desquelles il a été arrêté.

A son summum d'intensité, lorsquè surtout l'accès s'est accompagné d'attaques convulsives, la perte de la mémoire est absolument complète.

L'alcoolisme développe d'ailleurs une très grande disposition au rêve ; à peine l'individu commence-t-il la nuit à s'endormir qu'il se met à rêver; il a des apparitions qui lui causent de vives frayeurs, il voit ses parents morts depuis longtemps, il lui semble qu'il tombe dans un précipice.

OBS. VI. — E... fait des excès alcooliques; il se plaint d'être depuis quelque temps sujet à des rêves; il s'imagine voir en rêve un petit bossu qu'il se met à poursuivre jusqu'à Bercy et qui tout à coup disparaît dans un tonneau; il rêve seulement la nuit, il voit comme des batailles sanglantes, il entend dire qu'il faut qu'il se tue ou qu'il tue quelqu'un.

L'accès est véritablement dans quelques cas un rêve prolongé ; les hallucinations de la vue, de l'ouïe, après avoir caractérisé la période de simple cauchemar, ne quittent plus l'individu ni le jour ni la nuit, toujours les mêmes; elles s'accompagnent d'ailleurs des troubles habituels de la sensibilité générale et des organes des sens.

OBS. VII. — F... ne cesse depuis huit jours de rêver pendant la nuit de fusillades, d'assassinats, il voit toutes sortes d'individus armés pénétrer dans sa chambre, il entend crier à l'assassin. Le cauchemar finit par se continuer dans la journée. F... part de chez lui brusquement armé d'une barre de fer, pour se défendre contre les assassins qui le poursuivent. Il ne se rappelle plus son passage à la préfecture de police.

L'accès d'alcoolisme aigu peut avoir une période de préparation, en général de courte durée, comme le remarque Lasègue; c'est le cas le plus fréquent, mais il peut aussi se développer brusquement à la suite d'un excès alcoolique accidentel.

**OBS. VIII.** — G... venait de dîner lorsqu'il a été pris subitement d'une vive frayeur. Il a des visions, il voit des serpents, des étincelles, des éclairs; il se précipite hors de chez lui et va se jeter à la Seine; il croyait qu'on allait le tuer; il entend la nuit les cloches et les clairons sonner.

Chez les héréditaires, les prédisposés à l'aliénation mentale, la disposition aux rêves est très marquée.

**OBS. IX.** — H... a sa mère, sa sœur aliénées; étant jeune, il faisait des rêves effrayants; c'étaient toujours des fantômes qui s'approchaient, des diables qui sortaient de leur boîte, souvent il croyait tomber dans un puits. Entraîné plus tard par des camarades, il fait des excès de boisson. Alors surviennent chez lui des hallucinations hypnagogiques; au moment de s'endormir, il a des apparitions, il voit des femmes vêtues de blanc, des taureaux qui le poursuivent, et, s'il s'endort, tout cela se retrace dans ses rêves. Les idées de suicide qui le dominent s'accentuent la nuit. Dans l'état de demi-sommeil où il se trouve, il entend dire: « Arrête-le, arrête-le, nous allons le tuer. » Il voit aussi la nuit des scènes de meurtre, des gens qu'on assassine, un taureau le poursuit, il entend des coups de canon, il rêve qu'il tombe dans un précipice, dans un puits. On observe la recrudescence de ce délire sous l'influence d'un accès de fièvre rhumatismale.

A l'encontre de ce qui se passe chez les aliénés qui expliquent, raisonnent, discutent les idées fausses qui les dominent et les sensations qu'ils éprouvent, rien de pareil ne s'observe chez l'alcoolique sous l'influence de son accès. Il ne peut rien expliquer, rien écouter, rien comprendre; il reste la figure hébétée, les yeux hagards, en proie aux phénomènes qu'il ressent et dont il ne cherche même pas à se rendre compte.

**Obs. X.** — L... fait des excès alcooliques, boit de l'absinthe, des liqueurs ; il est pris d'une attaque épileptiforme très forte, suivie aussitôt d'un état d'agitation violente ; il veut tout jeter par la fenêtre, il brise tout, menace de son couteau, il avait des visions, il voyait surtout son fils plongé dans une chaudière rempli d'un liquide bouillant, il cherchait à repousser des hommes armés, ce délire avait entièrement disparu huit jours après.

**Obs. XI.** — M... est atteint de prédisposition héréditaire, son père est aliéné ; sous l'influence d'un accès d'alcoolisme aigu, il fait une tentative de suicide en se jetant à la Seine ; son sauvetage a été très pénible. Il était effrayé, il se croyait poursuivi par des hommes armés de poignards ; il voyait assassiner des gens autour de lui, il criait à l'assassin.

La répétition de semblables accès peut à elle seule déterminer l'une ou l'autre des différentes formes d'aliénation ; mais presque toujours alors, il existe une prédisposition héréditaire ; pendant la période de transition du passage de l'accès d'alcoolisme aigu à l'état d'aliénation, on observe plusieurs signes qui méritent d'être signalés ; au point de vue psychologique, ce sont les interprétations délirantes en même temps que la diminution des symptômes d'hyperesthésie de la sensibilité générale et spéciale. Le malade réfléchit à ce qu'il éprouve, il cherche déjà à expliquer par des interprétations bizarres les phénomènes qu'il éprouve. La réflexion indique déjà chez lui la possession de soi-même, elle est une manifestation de la conscience modifiée. L'individu peut en même temps fixer son attention et répondre aux questions qu'on lui adresse.

L'épilepsie, le vertige épileptique de cause alcoolique, donnent lieu à une disposition très grande au rêve.

**Obs. XII.** — N... est pris depuis environ deux mois et demi de vertiges épileptiques et de folie impulsive ; jusque-là il n'avait rien éprouvé. Les vertiges le prennent tous les cinq, six jours ; il en a quelquefois plusieurs dans la même journée, alors il est obligé de se retenir pour ne pas tomber. Il est

sujet aussi pendant la nuit à des cauchemars, il se croit attaqué, il lui semble qu'il sera obligé de sauter par la fenêtre, il éprouve en même temps des troubles bizarres, « ce sont comme des espèces d'accès de somnambulisme. » Il est alors poussé à marcher devant lui, jusqu'à ce qu'il soit fatigué, il va très loin, sans but, sans savoir où il va. On observe, en outre, d'autres phénomènes ; ce sont des impulsions irrésistibles contre lesquelles il lutte énergiquement, elles s'accompagnent de maux de tête et durent une demi-heure. Elles semblent remplacer chez lui les vertiges épileptiques. C'est ainsi qu'il a été pris d'une envie irrésistible de tuer son père pour lequel il éprouvait de l'affection ; c'est pour se mettre à l'abri de cette tentation qu'il est allé trouver le commissaire de police, il s'était même débarrassé de son rasoir qui était pour lui une cause de tentation et de surexcitation. Il a fait autrefois en Afrique de nombreux excès d'absinthe.

**Obs. XIII.** — P... est lui aussi sujet à des attaques d'épilepsie, suite d'excès d'absinthe. Ses attaques reviennent à peu près toutes les trois semaines ; elles sont suivies de troubles intellectuels qui durent environ cinq, six jours, pendant lesquels il ne sait plus ce qu'il fait, il perd toute conscience de lui-même et ne conserve pas le souvenir des actes qu'il a commis. Il a des troubles de la vue et il voit en même temps des spectres passer devant lui ; il entend des bruits de cloche, des bourdonnements, cet état lui cause de vives frayeurs.

Nous pourrions multiplier à l'infini des observations qui toutes se ressemblent et tendent à prouver que l'accès d'alcoolisme aigu se présente au point de vue psychique sous la forme d'un véritable cauchemar.

Nous nous bornerons à rapporter la description suivante de cet état de rêve faite par un alcoolique :

**Obs. XIV.** — J'habitais alors Alger, dit M. S.... On était au mois d'avril et les grandes chaleurs commençaient. J'avais l'habitude de passer avec des personnes de ma connaissance mes soirées au café jusqu'à une heure fort avancée. On jouait aux cartes et on vidait de nombreuses canettes. J'allais me coucher vers minuit ou une heure, la tête échauffée sans avoir pourtant perdu la raison.

J'avais décidé mon oncle et ma tante qui habitaient la

Lorraine à venir à Alger pour y vivre en famille avec moi. Ils y avaient consenti et m'avaient écrit qu'ils se préparaient au départ.

J'avais reçu leur lettre le 28 mai. Le 1<sup>er</sup> juin, au milieu de la nuit, je suis éveillé en sursaut par des cris déchirants poussés sur le trottoir en bas de ma chambre. Je reconnaissais avec épouvante la voix de ma tante qui s'écriait : « Mon Dieu ! Mon Dieu, quel malheur. Pauvre ... Il est donc mort, il est noyé. Quel malheur ! pourquoi nous avoir quittés nous et notre pays. Pauvre Jean-Baptiste, que vas-tu dire, tu l'aimais tant. Pauvre S. » J'ouvre ma fenêtre, et je ne vois rien, j'appelle, autour de moi règne le plus profond silence. Je descends dans la rue, elle était déserte ; tout, excepté moi, semblait dormir dans les environs. A peine recouché, les mêmes lamentations recommencent, entrecoupées de sanglots. Un passant attardé s'arrête à la vue d'une si grande douleur, cherche à calmer ce chagrin si profond, puis, à leur tour, le concierge et le propriétaire descendant et font entrer dans la maison ma pauvre tante désolée et mourante. — Pour moi, l'insomnie, l'inquiétude, les recherches inutiles que j'avais dû faire me tinrent cloué sur mon lit dans un état impossible à décrire. Aux premières lueurs du jour, je me précipite comme un insensé le long de la rue Barbazoun et j'arrive sur le port. Un promeneur matinal m'apprend qu'en effet le courrier est entré cette nuit même, contrairement à tous les usages, et après avoir essuyé une forte tempête. Plus de doute pour moi, tout ce que j'ai entendu est vrai. Je reviens en toute hâte et je demande au concierge où est ma tante. Le concierge s'étonne, et de m'affirmer que personne n'est entré dans la maison et que rien n'a troublé son sommeil. Je commençai à respirer, mais le reste du jour je fus triste et morne. Le soir j'allai me promener, puis me coucher d'assez bonne heure, je ne me sentais pas bien. Il me fut impossible de fermer l'œil. Vers minuit, des chuchotements se firent entendre dans mon voisinage. Hélas ! disait-on, elle est bien morte, la pauvre femme. Quel malheur ! lui noyé, elle morte de douleur. Comment faire pour le lui apprendre ? le pauvre garçon, il est déjà souffrant, cachons lui cette nouvelle, il en sera toujours informé assez tôt. Puis je compris qu'on portait un cadavre et qu'on le déposait dans une chambre voisine de la mienne. Des cierges s'allumèrent et des religieuses que j'avais vu passer, à travers une fente de ma porte, psalmodierent l'enterrement et le *miserere*. Je

voulus m'élançer, mais j'étais enfermé ; je fis un tel vacarme qu'une vieille femme vint m'ouvrir et se retira en silence. D'un bond je fus sur le théâtre de la lugubre cérémonie, une veilleuse l'éclairait faiblement, je me heurtai contre un lit. Aussitôt se leva un grand Arabe qui me dit : Que veux-tu ? et me reconduisit chez moi.

A quatre heures du matin, j'étais dans un café, égaré et brûlant de soif. Je me fis servir coup sur coup deux verres de cassis mélangé de cognac et d'eau. Je jetais ainsi de l'huile sur le feu, j'irritais mon mal sans m'en douter. Là, je rencontrais un jeune homme à qui j'avais rendu de grands services, et qui, dans la suite, avait tenu sur mon compte de fort mauvais propos. Sa présence éveilla ma colère ; il sortit, je le suivis et le poursuivis sans pouvoir l'atteindre, j'étais très faible et mes jambes chancelaient. Deux de mes camarades me rencontrèrent, ils s'aperçurent facilement de mon trouble et m'emmènèrent avec eux. Chemin faisant, je voyais toujours devant mes yeux, à quelques pas en avant, mon ennemi, qui arrêtait les passants et leur glissait quelques mots à l'oreille ; puis ceux-ci, me rencontrant, me regardaient de travers et secouaient la tête en m'appelant lâche, cochon, imbécile. Personne n'y manquait. Furieux, désespéré, abattu, je me réfugiai dans un débit ; je pris un nouveau verre du même mélange. Un de ceux qui m'accompagnaient me conduisit à ma pension. En attendant le déjeuner, nous prîmes un sirop d'orgeat. Cependant j'entendais toujours G... Il était caché derrière un mur, m'injurait, et même jetait dans l'intérieur de la salle des pierres que je cherchais en vain. Je me plaignais amèrement des vexations auxquelles j'étais en butte sans pouvoir me venger. « Attendez, me dit mon compagnon, feignant d'entrer dans mes idées, je vais mettre un frein à son insolence, je vais le faire arrêter. » A ce mot, il sortit ; bientôt, j'entendis G... se débattre entre les mains de deux agents ; malgré ses explications, il fut provisoirement enfermé dans une étroite cellule au-dessus de l'endroit où je me trouvais. Son arrogance tomba tout à coup ; il se fit petit, il pleura, il supplia. « Excusez-moi, disait-il, tout ce que j'ai fait, c'est par pure plaisanterie. Je ne croyais pas que vous prendriez la chose au sérieux. Souvenez-vous des services que vous m'avez rendus ; moi, je suis loin de les avoir oubliés ; j'étouffe, je vais être déshonoré, de grâce, faites-moi mettre en liberté. » Ses prières, répétées sur le ton du plus profond repentir, m'émurent et je lui dis que j'allais le faire

relâcher. Je ne sais comment cela se fit, mais à peine avais-je manifesté cette intention qu'il se trouva dans la rue et se répandit en invectives plus ardentes et plus extravagantes que jamais. Tous les pensionnaires étaient arrivés, je me mis à table avec eux, mais j'essayais en vain de manger, je ne pus que boire quelques gorgées de vin. Je ne faisais attention à rien, mon ennemi me préoccupait constamment. Il venait d'ameuter contre moi les ouvriers d'une forge voisine. Tous, s'armant d'énormes barres de fer, juraient de m'assommer lorsque je sortirais, ainsi que tous ceux qui tenteraient de prendre ma défense. J'étais saisi de terreur, je tremblais et la sueur ruisseait sur tout mon corps. J'en pris à part un avec qui j'étais très lié et je lui fis part du danger que je courais. Il me rassura, et, le dîner fini, il me conduisit dans ma chambre et me fit coucher. Il fit ensuite prévenir le médecin. Plusieurs gens vinrent me voir et décidèrent qu'ils me garderaient à tour de rôle, deux par deux.

Ce fut plus alors qu'une suite d'hallucinations plus ou moins effrayantes ; je n'appartenais plus au monde réel.

Vers quatre heures, un grand bruit se fit entendre dans la rue. Les enfants, les jeunes gens sortaient des écoles. Ils passaient en rangs serrés sous mes fenêtres et tous criaient : *révoqué, révoqué...* Les bandes succédaient aux bandes, toutes poussaient le même cri. Enfin, elles se réunirent, se livrèrent à une danse digne du Sabbat et, au-dessus des chants et des sifflets, dominait, stridente, cette fatale menace : *révoqué...*

Le calme se fit subitement ; alors, d'un appartement situé de l'autre côté de la rue, deux personnes que je connaissais fort bien se mirent à faire de moi la critique la plus acerbe : — j'étais un idiot, un ivrogne, ma bonté n'était que de la faiblesse, je ne savais rien ou peu de chose. Ils ne m'avaient recherché que pour jouer avec moi et me gagner. — J'aurais voulu ne pas les entendre et je ne perdais pas une seule de leurs paroles.

Bientôt mon attention fut distraite. Deux voix fraîches et pures chantaient une chanson sur un air vif et agréable. Hélas, cette chanson était spirituelle, mais obscène, et elle sortait de la bouche déjà flétrie de deux jolis petits garçons de dix à douze ans. Je ne pus retenir mon indignation ; leur père survint, les exhorte à continuer et, par de longs raisonnements, chercha à me persuader que son système d'éducation était le meilleur. N'ayant rien à dire contre de pareilles extra-

vagances, je me tus et je fermai les yeux. Quand je les rouvris, la scène était tout à fait changée. Ce merveilleux m'étonna moins, je commençais à m'y faire.

J'étais toujours dans mon lit, toujours deux de mes amis se tenaient à mes côtés, mais je n'étais plus dans la même maison. Je me trouvais sur la place d'Isly, dans une tente spacieuse. Une lanterne l'éclairait assez bien. Deux rayons, moitié lumineux, moitié obscurs, traversaient la tente en diagonale, presque à la hauteur de son sommet. Sur un de ces rayons, un animal étrange, ressemblant quelque peu à un gros rat, s'avancait lentement et s'arrêtait de temps à autre. Il faisait entendre une espèce de grognement ou de ronflement continu, à travers lequel cependant on pouvait distinguer les mots sans cesse répétés de : collège, arabe, bureau, politique.

Comme je l'examinais attentivement, un grand tumulte éclata au dehors. Les Arabes s'étaient révoltés et la milice victorieuse les poursuivait avec fureur. L'air retentissait des menaces des vainqueurs et des cris des blessés. Je vis rouler près de moi comme un torrent humain, je vis égorger plusieurs révoltés qui demandaient grâce. Ça et là, sur le sol, s'étendaient de grandes mares de sang. Tout semblait rentrer dans l'ordre, lorsque plusieurs gardes se prirent de querelle et vidèrent sans retard leurs différends par les armes ; jamais duels plus bizarres n'eurent lieu. Un autre se passa sous ma tente, qui s'était fort agrandie. Les deux champions se tenaient sur une estrade à quelques pieds au-dessus du sol. Ils avaient les pieds liés et les mains armées d'un large coutelas. Ils se jetèrent par terre et commencèrent à s'attaquer avec leurs horribles armes. Le combat fut long, ils se taillaient à loisir. On entendait leur souffle bruyant et pénible, de profonds soupirs, mais pas une plainte. Un coup formidable m'arracha un cri. L'un d'eux, mortellement blessé, défit ses liens, se leva péniblement, d'une main tenant sa tête presque séparée du tronc et de laquelle s'échappaient des ruisseaux de sang, de l'autre son redoutable couteau ; il se dirigea lentement vers mon lit et put encore prononcer ces mots : du moins, il mourra avant moi. Les témoins qui étaient nombreux s'écartèrent sur son passage. J'espérais qu'il tomberait avant d'arriver à moi, je ne pouvais remuer, l'horreur me paralysait. Il trébuchait, il râlait, mais il avançait toujours. Il avait déjà le bras levé sur moi, je le saisissai par l'oreille, et l'oreille me resta dans la main, je poussai un cri et regardai de l'autre côté.

De ce côté, deux joueurs de cartes venaient de terminer leur partie. Le perdant mit à la disposition du gagnant son pied nu, dont il lui coupa successivement les doigts, qu'il plongea dans un vase rempli du sang de son adversaire malheureux. Il remua ensuite cet affreux mélange, dont il fit son repas. Ce spectacle me souleva le cœur, mais j'eus bientôt à trembler pour moi-même.

Plusieurs personnes s'approchèrent de mon lit, et l'une d'elles, brandissant un couteau long et effilé, devait me couper la jambe au moment où une chandelle qui achevait de brûler dans un coin jetterait son dernier éclat. J'étais dans une angoisse profonde. Heureusement, lorsqu'elle s'éteignit, au lieu de mon bourreau, j'aperçus deux de mes frères qui, la bourse bien garnie, venaient s'établir en Algérie. Ils se disparaissent à me prêter une somme assez ronde, quand un maudit juif qui se tenait accroupi au coin de la cheminée les en dissuada. Je me levai pour aller tordre le cou à l'usurier. Un de mes meilleurs amis voulut bien me conduire par le bras, car il m'aurait été impossible de me tenir sur mes jambes. Le juif n'y était plus. On me dit qu'il venait de partir. Je me recouchai satisfait, et peut-être aurais-je pu goûter un repos bienfaisant si soudain ne se fussent présentés à mes yeux deux femmes, un homme et un chien.

En vertu d'un jugement obtenu, cet homme coupa sans sourciller le sein aux deux femmes et les jeta à son chien qui les dévora avec avidité. Elles furent aussitôt remplacées par une foule menaçante qui me tira plusieurs coups de pistolet.

Cependant il faisait grand jour et, avec le soleil, mon état s'était amélioré ; après avoir pris une purgation, que mon estomac ne put supporter, je pus m'habiller, et, accompagné, faire une promenade en ville. J'achetai quelques prunes que je mangeai avec plaisir. On m'engagea à me remettre au lit, mais on ne put réussir, je voyais sur mes draps de larges traces de sang qui me causaient une répugnance invincible. Je me mis à la fenêtre et vis avec plaisir les arbres bordant le trottoir recouverts de magnifiques fleurs blanchâtres. Je ne me lassais pas de les regarder, quand on me fit descendre et monter en fiacre pour me conduire à l'hôpital, où je fus confié aux soins spéciaux d'un infirmier.

A peine couché, j'entendis dans la chambre voisine deux enfants causer et rire. Ils paraissaient assez instruits pour leur âge, mais leurs discours étaient orduriers. De la cour, deux

voix attirèrent ensuite mon attention; c'étaient celles de deux de mes collègues. L'un m'accusait en termes ardents, l'autre me défendait; je les écoutai une partie de la nuit, puis je fermai les yeux et je parvins enfin à m'endormir.

Le bain, une purgation, le sulfate de quinine et surtout la fraîcheur d'un jardin magnifique et les nombreux témoignages de sympathie qui me furent prodigués me rendirent bien vite à la santé. Les bruits et les visions devinrent de plus en plus rares.

Quatre jours après, un nouvel accès le reprend, présentant absolument le même caractère que le précédent; il avait été provoqué par la visite de celui qu'il considérait comme son ennemi.

Le soir, dit-il, à peine couché, je l'entendis parler à un de ses intimes. Il venait se venger, et sa visite n'avait pour but que d'étudier les lieux, la manière dont il pourrait entrer et sortir. L'infirmier vint demander si je n'avais besoin de rien. Je lui fis part de ce que je venais d'entendre. « Ne craignez rien, me dit-il, personne ne peut pénétrer ici. Vous pourrez entendre parler jusqu'à une heure assez avancée; ce sont des officiers ou des employés de la maison qui peuvent le faire. » Je fus un peu rassuré; mais, après son départ, les mêmes menaces résonnèrent distinctement à mon oreille, proférées par la même bouche. En vain son compagnon essayait-il de le retenir, lui faisant entrevoir la prison, le bagne, peut-être pis. « N'importe, répondit-il, dussé-je souffrir mille morts, je lui plongerai ce fer dans la poitrine. Du reste, toutes mes précautions sont prises. Une barque m'attend à deux pas d'ici, elle me conduira à un navire américain qui sort d'Alger à la pointe du jour. Il mourra, » et tous deux répétaient lugubrement: il mourra, il mourra. Leurs pas se rapprochèrent, il me sembla qu'il monta les degrés près desquels se trouvait ma chambre. Les cheveux hérisssés par la terreur, je saute de mon lit et je mets à la hâte mon pantalon. Impossible de fermer ma porte, elle n'avait ni serrure, ni verrou, je ne trouvais rien pour la barricader. Que faire? Je saisiss une cruche, prêt à la lancer à la tête du premier qui se présenterait. Je les attendais toujours, ils s'approchaient, retournaient sur leurs pas, toujours féroces et menaçants. Ma bougie, dont la lueur m'avait un peu soutenu jusque-là, s'éteignit et me laissa dans les ténèbres. Plus rapide que le vent, je franchis la cour, je monte rapidement un escalier et je vais chercher un refuge près du gardien profondément endormi,

et je ne le réveille pas. Je n'osai regagner ma chambre qu'au point du jour, harassé et brisé. Cet accident prolongea de quelques jours ma convalescence. Trois semaines après, je sortis de l'hôpital, guéri mais défiant et facile à décourager. La gaieté de ma jeunesse s'était envolée pour longtemps. Le fonds de mon caractère resta triste. Je passai assez bien le reste de l'année, bien que visité quelquefois par ce que j'appelais mes esprits.

Cette description fantastique du rêve faite par un alcoolique nous a paru mériter d'être rapportée, malgré sa longueur. Elle constate la persistance de la mémoire au milieu de la multiplicité des hallucinations et de la bizarrerie désordonnée des idées.

Les accès se sont reproduits à différentes reprises chez le malade qui fait le sujet de cette observation, quelquefois seulement sous l'influence de vives contrariétés, et présentant chaque fois les mêmes caractères et la persistance du souvenir. Les hallucinations caractéristiques du rêve finirent par devenir chez lui un état habituel avec des périodes d'accalmie, mais le laissant hors d'état de reprendre ses anciennes occupations.

---

---

## UNE FAMILLE DE DÉGÉNÉRÉS INCENDIAIRES

**Par le Dr Émile LAURENT,**  
Ancien interne à l'Infirmerie centrale des prisons de Paris.

---

Le délire pyromaniaque peut se présenter sous trois formes bien distinctes. Dans certains cas, ce n'est qu'un épisode d'un autre délire plus ou moins systématisé. L'orgueil arme le bras d'Erostrate du flambeau qui brûla le temple de Diane à Éphèse ; c'est encore l'orgueil qui pousse Jonathan Martin à incendier la cathédrale d'York, pour « purifier la maison du Seigneur des indignes ministres qui s'écartaient des préceptes traditionnels de l'Évangile ». Tel est encore le cas de ce mégalomane qui allume des incendies pour faire parler de lui ; tel enfin le cas de ce persécuté qui détruit par les flammes la maison et les biens de celui qu'il croit son persécuteur. D'autres fois, le pyromane obéit à une force intérieure, à une influence occulte, inexplicable, forçant la volonté, à une impulsion irrésistible, et il incendie sans motif et sans raison. C'est le pyromane proprement dit ; il incendie comme boit le dipsomane.

Enfin, il existe une troisième catégorie de pyromanes. Ces individus, ordinairement des dégénérés, des héritaires vésaniques, allument les incendies, non pas sous l'influence d'une impulsion irrésistible qui paralyse momentanément leur volonté et leur met la torche enflammée dans la main, comme les pyromanes proprement dits ; ils obéissent à un motif le plus souvent très futile, mais suffisant néanmoins pour expli-

quer leur mauvaise action. Un débile allume six incendies avec le désir de se venger d'un cousin, en le faisant passer pour l'auteur du sinistre ; un autre faible d'esprit, très adonné à la boisson, allume quatre incendies pour avoir l'occasion de boire. Casper a déjà insisté sur ces faits ; mais il est allé trop loin en voulant trouver des causes à tous les incendies allumés par les pyromanes. Le Dr Marandon de Montyel, dans les *Archives de Neurologie* de 1885, est revenu sur ce sujet et a rapporté trois nouvelles observations d'incendies multiples à mobile futile. L'observation suivante nous a paru intéressante à rapprocher des siennes :

**OBSERVATION.** — *Histoire de la famille.* — Le grand-père maternel était un homme bizarre, irascible, ne sachant ni lire ni écrire ; il était la risée du village et de ses propres enfants. Sobre, mais paresseux, souvent préoccupé par des idées hypocondriaques, il négligeait la culture des quelques propriétés que lui avait laissées son père et qu'il dut vendre.

La grand'mère maternelle était une simple d'esprit, une pauvre femme sans initiative et sans volonté, mais suffisant néanmoins à remplir les soins de son ménage. Bien que moins déséquilibrée que son mari, elle ne savait résister à ses bizarries et à ses violences, qu'elle subissait. Elle ne savait non plus ni lire ni écrire.

Le frère du grand-père maternel, le *grand-oncle* par conséquent, était également un être bizarre, tourné en ridicule par son entourage, dominé par sa femme qui le battait. S'étant mis aubergiste, il devint rapidement un ivrogne fieffé. Néanmoins, c'était un homme assez actif et, contrairement à son frère, il sut conserver son bien et même amasser un peu d'argent. Il eut deux enfants sains d'esprit.

La *mère* du malade, S..., est une femme peu intelligente, sachant à peine lire et écrire, d'un tempérament très génital. Sa jeunesse a été des plus tumultueuses et elle se livrait à un dévergondage notoire. Elle eut deux enfants avant son mariage : 1<sup>o</sup> une fille assez bien portante, se conduisant bien et n'ayant présenté jusqu'ici aucun signe évident de dérangement intellectuel. Il est vrai que ses cheveux, d'un roux éclatant, et son

visage couvert d'éphélides sont peut-être pour quelque chose dans cette retenue. Elle s'est mariée récemment et a déjà eu deux enfants vivants et bien portants.

Alors que S... était enceinte de cette fille, elle dissimula adroïtement son état et fit des scènes épouvantables à sa sœur aînée qui était enceinte également, l'accusant de déshonorer la famille et la traitant de salope. Et cependant elle accoucha avant elle. Le jour de l'accouchement, une scène des plus comiques se produisit. S..., qui était parvenue à dissimuler son état jusqu'au dernier moment, prise de coliques formidables, dut s'aliter. Elle déclara qu'elle avait des douleurs dans le ventre. Les voisins et les parents, la voyant faire des efforts en gémissant, lui avaient à plusieurs reprises demandé si elle n'était point enceinte. Avec un entêtement de brute, elle soutint qu'il n'en était rien, qu'elle avait mangé des choux verts mal cuits et que cela lui avait donné des coliques. Enfin, la poche des eaux se rompit; voyant le lit inondé, les assistants la découvrirent malgré ses cris et sa résistance; la tête se présentait à la vulve. Elle parut alors fort étonnée de ce phénomène. 2<sup>e</sup> Un garçon pyromane dont je vais rapporter l'histoire plus loin. A la suite de ces deux accidents, S..., qui continuait toujours à avoir des écarts de conduite, épousa un ancien soldat, un aventurier, grand coureur de femmes à soldats dans les garnisons, ami de la dive bouteille à l'occasion, mais brave homme au fond. Au bout de six mois de ménage, un autre garçon naissait, de père inconnu. Ce garçon, aujourd'hui âgé de dix-huit à vingt ans, est un individu d'une intelligence au-dessous de la moyenne. Néanmoins, il sait lire et écrire, est un bon et honnête ouvrier et ne présente aucune des bizarreries de ses ancêtres.

S... eut encore une fille, aujourd'hui âgée de seize ans, bien équilibrée, se conduisant bien, paraît-il. Le jour de l'accouchement, le mari de S... mourait tuberculeux. A son lit de mort on lui présenta la fille nouvellement née : il détourna la tête et la renia, avec raison, disent les voisins et les amis.

S..., qui avait vieilli, changea un peu son genre de vie, ne négligeant pas cependant de se faire culbuter sur un tas de paille ou derrière une haie quand l'occasion se présentait. Puis, elle qui n'avait jamais mis les pieds à l'église, elle devint religieuse et fréquenta assidûment les offices divins. Elle se fit remarquer du curé et recommença avec lui sa vie de dévergondage. Actuellement, elle est vieillie; son ardeur génitale semble éteinte

ou tout au moins endormie ; elle vit tranquille et rangée, travaillant honnêtement dans le village.

La *sœur* de S..., que j'appellerai L..., eut également un enfant avant son mariage. Mais cet enfant fut reconnu par le mari qui, paraît-il, aurait réellement contribué à sa naissance. Le mari, que j'appellerai B..., était un individu bizarre, au regard louche, au caractère sournois et que les paysans considéraient comme dangereux. Il était également fort mal vu dans son propre pays, où on l'accusait, à tort ou à raison, d'avoir été l'auteur d'un incendie. La preuve n'en a pas été faite ; dans tous les cas, de graves soupçons pesèrent sur lui. Il se fit nommer cantonnier dans le village où il était marié, et ses affaires allaient assez bien. Un jour, il se disputa avec le maire du village, brave vieillard qui lui avait fait quelques remontrances. B... entra dans une violente colère, injuria le maire et lui promit de se venger. Deux jours après, un incendie éclata dans la grange du maire et plusieurs maisons dans le village furent incendiées. Les menaces de B... les jours précédents, son air inquiet le soir de l'incendie, ses pleurs exagérés le lendemain, tout fit porter les soupçons sur lui. Néanmoins, il n'y eut point de preuves suffisantes pour l'arrêter. Au dire des paysans, il ne saurait y avoir de doutes, et cela pour plusieurs raisons : d'abord, il satisfaisait sa vengeance ; ensuite, comme il avait eu quelques gerbes de blé brûlées dans la grange du maire qu'il avait incendiée, cela lui fournissait un prétexte pour exagérer ses pertes et aller mendier dans les villages voisins. A la suite de ce fait, l'administration vicinale le déplaça et l'envoya dans un autre village assez éloigné. Depuis son séjour dans cet autre village, trois incendies ont éclaté. Son caractère vindicatif, ses antécédents déplorables, sa réputation antérieure, l'ont fait accuser, et, au dire de gens compétents, ces accusations ne seraient pas dénuées de fondement. Lorsqu'il habitait le village de sa femme et, dans les premières années de son mariage, il avait une vie peu honorable. Il eut des relations avec sa belle-sœur, et cela presque ouvertement. Il en naquit le principal incendiaire dont je parlerai dans un instant.

De son mariage, B... a eu deux enfants : 1<sup>o</sup> une fille bien portante, d'une bonne conduite et mariée actuellement ; 2<sup>o</sup> un garçon qui, jeune, avait de mauvais instincts ; il aida un jour son cousin à allumer un incendie qu'on parvint à éteindre avant que le feu eût commis des dégâts. Aujourd'hui, il est marié et père de famille ; mais c'est un individu brutal, grossier, bizarre

et ivrogne. Aucun de tous ces individus n'a jamais été enfermé dans un asile ou une prison.

*Histoire de l'incendiaire.* — Comme je l'ai dit, J... (c'est le nom que je lui donne) est né des rapports que sa mère a eu avec son oncle, qui est par conséquent en même temps son père. Pendant son enfance, il avait une assez bonne conduite. C'était un enfant d'un caractère plutôt doux, avec quelquefois des accès de colère et de méchanceté; mais il était susceptible de bonnes actions.

A l'école, où il se montrait zélé et assidu, il apprenait avec une certaine facilité. Il a reçu une instruction primaire assez soignée.

A l'âge de cinq ans, il alluma un incendie dans un tas de bois placé dans la grange de son grand-père. Il avait été aidé et peut-être conseillé par son cousin, plus âgé de trois ou quatre ans, le fils de B..., dont j'ai parlé. Ils n'avaient d'autre but que de voir du feu. Ce spectacle les amusait. On vit la fumée et les parents purent éteindre les flammes à temps. On dissimula du mieux qu'on put l'affaire, qu'on plaça sur le compte de la négligence. A l'âge de sept ans, J... alluma un autre incendie. Cette fois, cinq ou six maisons furent brûlées. Il n'avait encore d'autre but que de voir des flammes. Quelques personnes firent planer sur lui quelques soupçons, mais sans en informer les autorités. L'enfant ne fut même pas interrogé.

Enfin, à l'âge de neuf ans, il alluma un troisième incendie dans les circonstances suivantes. Sa mère travaillait chez un cultivateur du village où on la nourrissait. Il rôda toute la matinée dans la cour et dans la grange de la maison, espérant que le maître l'inviterait à dîner. Il fut déçu dans son espoir : on ne l'invita point et sa mère l'envoya dîner seul chez elle. Il s'en alla très mortifié de cet affront et l'idée de la vengeance se présenta à son esprit : mettre le feu. Il n'eut pas un moment d'hésitation et le projet aussitôt conçu fut mis à exécution. Il prit des allumettes, alla se cacher dans un endroit retiré et, avec une poignée de paille, mit le feu à une grange en chaume. En satisfaisant sa vengeance, il obéissait à son désir toujours inassouvi de voir des flammes. Pendant toute la durée du sinistre, il se tint dans la rue, les prunelles dilatées et ravies par ce spectacle grandiose d'un village en flammes, sautant de joie et déclarant que le feu c'était une belle chose à voir. C'était en plein midi, par une belle journée d'été ; huit ou dix maisons

furent détruites. Cette fois, personne n'hésita et les soupçons tombèrent sur lui. Il avoua presque aussitôt, raconta à quel mobile il avait obéi et déclara de nouveau qu'un incendie était beau à voir. Il fut immédiatement arrêté pour être placé dans une maison de correction... Il quitta sa mère et son village sans verser une larme, sans manifester une plainte ou un regret et sans comprendre d'ailleurs de quoi il s'agissait.

J... est resté à la maison de Citeaux jusqu'à l'âge de dix-huit ans. Il paraît qu'il se serait assez bien conduit pendant ce laps de temps; mais je n'ai pu me procurer de renseignements précis. A dix-huit ans, il s'engagea pour une période de cinq ans dans les chasseurs à pied.

Son temps fini, J... est revenu dans son village se placer comme domestique chez un cultivateur. Il évite avec soin de parler des incendies dont il a été la cause et semble même en témoigner quelque regret. Il travaille assez courageusement et gagne bien sa vie. Mais c'est un individu bizarre, lunatique, entêté, boudeur, restant des semaines entières sans parler à telle ou telle personne contre laquelle il a un léger grief. Ses excentricités amusent tout le village. Dernièrement, il avait acheté un cor de chasse et passait plusieurs heures le soir, perché dans un arbre, à jouer de son instrument. De plus, il lui arrive assez souvent de boire immodérément. Quand il est ivre, il devient querelleur et méchant. Il a des discussions fréquentes avec les autres garçons du village, et souvent ces scènes finissent par des coups.

Il tourmentait depuis longtemps les amis de sa mère pour connaître le nom de son père. Un jour, l'un d'eux se décida à lui apprendre de qui il était né. Il entra alors dans une violente colère et alla injurier sa mère, qu'il traita de garce et de salope. Comme elle le chassait de chez elle, il s'en alla menaçant : « Si tu ne veux pas me voir, criait-il, il ne fallait pas me faire. »

On voit que tous les membres de cette famille sont des héréditaires vésaniques, presque des faibles d'esprit, des êtres sans consistance et sans volonté. Parmi eux nous trouvons trois incendiaires. Je l'ai déjà dit, on ne peut considérer ces individus comme de véritables pyromanes, chez qui on rencontre, selon l'expression de

Marc, « ce quelque chose d'irrésistible qui pousse à incendier. »

Un des caractères des impulsions incendiaires, c'est qu'elles se manifestent surtout à l'époque de la puberté, moment critique pour les faibles d'esprit, âge de la perversion morale et de l'irritabilité émotive. Or, de nos trois incendiaires, l'un avait dépassé cet âge depuis longtemps, et les deux autres ne l'avaient pas encore atteint.

Les véritables pyromaniaques obéissent à un mal qui les enlace et les entraîne, terrassés par une impulsion qui les remplit d'angoisse avant le crime et de satisfaction sereine après son accomplissement; les vrais pyromaniaques incendent d'une façon en quelque sorte périodique; ils opèrent de préférence le dimanche, à la sortie de la messe ou du cabaret; ils incendent au hasard, sans choisir, simplement pour se débarrasser d'une obsession qui les harasse et les épouvante. Rien de tout cela ne se rencontre chez les incendiaires de notre observation. Ils n'obéissent point à une impulsion maladive revenant périodiquement et dans des circonstances presque toujours identiques. Un mobile les guide. Le premier est un individu vindicatif, et l'incendie est son mode de vengeance. Mais cette intelligence débile ne comprend pas la différence incommensurable qu'il y a entre l'offense et la vengeance; elle ne peut prévoir les conséquences terribles du sinistre qui ruinera peut-être la moitié d'un village. Dans cet encéphale aux circonvolutions rétrécies, une idée s'est ancrée: il suffit, pour se venger d'un ennemi, d'allumer une torche et de la jeter dans sa maison. Cette idée le poursuit, mais non pas obsédante comme un besoin. Aussi il n'allumera pas l'incendie au hasard, il attendra son jour et son heure et, l'acte accompli, il sera assez adroit pour dissimuler et échapper au châtiment.

Nos deux autres incendiaires et le dernier surtout, J..., incendent parce qu'ils aiment voir les flammes rouges lécher les murailles, parce que leurs yeux aiment à contempler la lueur sinistre des incendies et qu'ils trouvent que c'est un beau spectacle. « C'est si beau, le feu ! disait une pyromane dont l'observation est rapportée par Legrand du Saulle. J'étais comme extasiée quand je voyais flamber tous ces vieux toits de chaume ! C'était si beau que le bon Dieu ne peut pas l'être davantage. » C'est à ce sentiment qu'a obéi J..., sauf dans le dernier incendie qu'il a allumé, où un autre mobile est venu s'ajouter au premier : se venger de l'affront que lui a fait le fermier en ne l'invitant point à dîner. Aussi il ne cherche pas, il n'hésite pas ; l'incendie est son moyen et il y a recours. Ainsi il satisfera sa vengeance et il s'offrira en même temps la joie incomparable de contempler un village en flammes.

Ces individus ne sont donc point des pyromaniaques impulsifs ; mais, comme le fait judicieusement remarquer M. Marandon de Montyel, ils présentent « un état d'irritabilité émotive amenant une réaction disproportionnée à l'impression ou un affaiblissement intellectuel masquant les suites graves de l'acte commis ou une perversion morale avide du moindre prétexte à mal faire ». Quelque futile qu'il soit, un mobile les guide et les mène. Chez les pyromaniaques impulsifs, il y a en quelque sorte une paralysie complète de la volonté, et chez eux la lutte est impossible : ils seront fatallement vaincus. Chez les incendiaires guidés par des motifs futiles, il n'y a que parésie de leur volonté qui peut encore résister victorieusement à l'idée criminelle.

---

Statistique  
ÉTUDE STATISTIQUE

ÉTUDE STATISTIQUE

SUR

LE SUICIDE EN FRANCE

DE 1827 A 1880

Par le Dr J. SOCQUET,

Médecin expert près le tribunal de 1<sup>re</sup> 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.)

IV

SUICIDES D'APRÈS LE DOMICILE

Nous nous proposons de rechercher ici les variations que le nombre des suicides éprouve quand on considère des pays différents sous le rapport de la densité de la population, mais semblables pour tout le reste ; c'est-à-dire ayant même climat, même sol, même civilisation, etc. Les documents administratifs nous permettent, non pas de mener cette étude à bonne fin, mais au moins de l'entreprendre, autrement dit, de poser le problème.

La population a été divisée en deux catégories, urbaine et rurale. Sont considérées comme villes toutes les localités comptant au moins 2,000 habitants agglo-

mérés. Au-dessous de ce chiffre, toute réunion ne constitue plus que des bourgades, villages ou hameaux, et l'ensemble de leurs habitants forme la population rurale. Nous croyons que les renseignements eussent été plus probants si l'on avait, en outre, distingué entre les petites et les grandes villes, en entendant par ces dernières les agglomérations comptant au moins 80,000 habitants. Aussi souhaitons-nous que cette distinction soit faite à l'avenir.

Ce n'est qu'à partir de 1865 qu'il nous a été possible de relever les suicides des deux sexes, constatés dans chacun de ces groupes de population. Nous avons consigné tous ces nombres, année par année, dans le tableau suivant :

Années.	Population rurale.		Population urbaine.		Population inconnue.	
	H.	F.	H.	F.	H.	F.
1865	1.988	517	1.952	418	69	2
1866	2.199	537	1.916	409	54	4
1867	2.218	599	1.733	401	57	3
1868	2.182	603	2.129	564	65	4
1869	2.181	561	1.870	439	62	1
1870	2.076	554	1.233	228	62	4
1871	2.141	558	1.390	333	65	3
1872	2.375	709	1.689	452	46	4
1873	2.276	728	1.896	538	79	8
1874	2.367	686	2.006	493	62	3
1875	2.320	589	1.998	493	69	3
1876	2.441	697	2.065	539	59	3
1877	2.471	666	2.177	564	41	3
1878	2.494	735	2.475	661	65	4
1879	2.629	712	2.461	621	71	2
1880	2.794	785	2.326	657	64	12
	37.152	10.236	31.316	7.810	990	63

En rapportant les totaux à 100 suicides, nous avons trouvé :

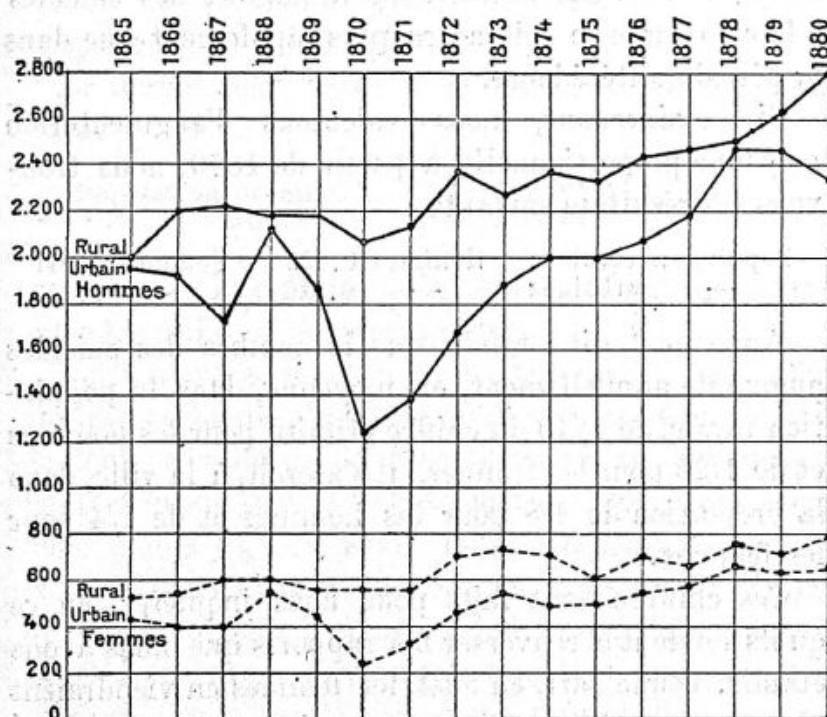
Population rurale : 42 hommes 12 femmes  
— urbaine : 36 hommes 9 femmes

Et cela nous montre que, relativement aux femmes,

les hommes se suicident en plus grand nombre dans les villes que dans les campagnes, ou, ce qui revient au même, que les villes sont, à cet égard, plus favorables aux femmes que les campagnes.

Nous avons ensuite étudié, au moyen de ce tableau, la marche comparative des suicides pendant ces quatorze années et, pour plus de clarté, nous avons dressé (planche 6) les courbes des suicides, hommes et femmes, de la campagne et de la ville.

**Pl. n° 6.** — *Courbes indiquant, par sexe et par année, le nombre total des suicides d'après le domicile.*



En inspectant ces courbes, nous observons d'abord que celles qui concernent la population rurale ont des écarts beaucoup moins prononcés que les deux autres. De plus, nous constatons, dans chaque catégorie de population, une ressemblance très frappante entre la courbe des hommes et celle des femmes.

Les variations sont moins accusées dans cette dernière, mais elles ont de même sens que celles de la première, et cette analogie est encore plus marquée pour la ville que pour la campagne. Jusqu'en 1870, sauf une ascension accidentelle correspondant à 1868, la direction des deux courbes relatives à la ville a été généralement descendante. Depuis 1870, elle a eu, au contraire, une direction générale ascendante, assez rapide, malgré un arrêt correspondant aux années 1874 et 1875, pour être, en 1878, plus rapprochée encore des courbes rurales qu'au départ et redevenir descendante, bien que, depuis cette même année 1870, le nombre des suicides à la campagne se soit accru plus rapidement que dans la période antécédente.

Si, maintenant, nous calculons l'augmentation moyenne proportionnelle, à partir de 1870, nous trouvons les résultats suivants :

Population rurale : —	Hommes 0.025	Femmes 0.041
— urbaine : —	— 0.126	— 0.237

Autrement dit : tandis que le nombre des suicides augmente annuellement, en moyenne, dans la population rurale, de 1/40 du chiffre primitif pour les hommes et de 1/25 pour les femmes, il s'accroît, à la ville, dans la proportion de 1/8 pour les hommes et de 1/4 pour les femmes.

Ces chiffres sont faits pour nous inquiéter, en ce qu'ils tendent à renverser les rapports que nous avons établis. D'une part, en effet, les femmes en viendraient promptement à se suicider en aussi grand nombre que les hommes et finalement en plus grand nombre. D'autre part, le chiffre des suicides ruraux finira très promptement par devenir inférieur à celui des suicides urbains, bien que la population des campagnes soit beaucoup plus nombreuse que celle des villes (deux fois et demie environ). Maintenant déjà nous pouvons cons-

tater, en égard au chiffre de la population, que la situation des villes, sous le rapport du suicide, est beaucoup plus sombre que celle des campagnes.

Le recensement de 1866 répartit la population française de la manière suivante :

Popul. urbaine.	{	Sexe masculin. . .	5.768.495	{	11.595.348
	—	féminin. . .	5.826.853		
Popul. rurale..	{	— masculin. . .	13.245 584	{	26.471.176
	—	féminin. . .	13.226 132		
				Total. . .	38.067.064

Remarquons qu'à la ville, les femmes sont plus nombreuses que les hommes, et que l'inverse a lieu pour les campagnes.

Le recensement de 1872 ne distingue pas entre les sexes.

Population urbaine. . .	11.244.017	{	36.402.921
— rurale. . .	24.888.904	}	

Enfin, le recensement de 1876 ne distingue plus entre les villes et les campagnes.

Nous n'avons donc pu faire aucun usage de ce dernier recensement, de même qu'il nous a été impossible de tenir compte de la décomposition en hommes et femmes fournie par le recensement de 1866. Nous avons donc admis qu'il y avait autant d'hommes que de femmes dans chaque catégorie, et nous avons négligé de tenir compte de l'augmentation de population depuis 1872. Nous avons pris pour population moyenne, soit urbaine, soit rurale, la demi-somme des chiffres correspondants fournis par les recensements de 1866 et 1872. Nos calculs n'ont ainsi qu'une précision très médiocre; cependant, si nous rapportons le nombre des suicides à 100,000 habitants, les erreurs commises n'atteindront pas ensemble un centième de la valeur des résultats ; c'est-à-dire que l'on pourra compter sur

ces nombres à un quart d'unité près, ce qui peut à la rigueur nous suffire.

Nous avons alors dressé le tableau des suicides pour 100,000 habitants, ruraux et urbains, sexes réunis.

*Proportions annuelles des suicides pour 100,000 habitants.  
Ruraux et urbains (deux sexes réunis).*

Années.	Urbains.	Ruraux.
1865	20.44	9.46
1866	20.05	10.34
1867	18.40	10.64
1868	23.22	10.52
1869	19.91	10.36
1870	13.02	10.56
1871	15.36	10.84
1872	19.09	12.39
1873	21.70	12.07
1874	22.28	12.26
1875	22.21	11.68
1876	23.22	12.61
1877	24.44	12.60
1878	27.96	12.97
1879	27.20	13.01
1880	26.15	13.93

Ce tableau nous montre que le nombre des suicides est, relativement au chiffre de la population, beaucoup plus élevé que dans les campagnes (presque double en moyenne) ; qu'il s'accroît lentement et régulièrement dans les campagnes, mais que, dans les villes, il a eu d'abord une diminution très irrégulière jusqu'en 1870, suivie d'une augmentation extrêmement rapide. L'accroissement proportionnel moyen annuel depuis 1870 est de 0,125 à la ville et de 0,03 seulement à la campagne, c'est-à-dire quatre fois moindre.

## V

## SUICIDES D'APRÈS L'ÉTAT CIVIL

Nous nous proposons d'étudier, dans ce chapitre, l'influence de l'état civil sur la propension au suicide.

A cet effet, nous donnons, dans le tableau ci-dessous, le nombre total des suicidés, classés selon leur sexe et leur état civil, pendant la période 1863-1880, comprenant dix-huit années :

	Hommes.	Femmes.
Célibataires . . . . .	27.383	5.461
Mariés { avec enfants . . .	23.855	5.810
{ sans enfant . . .	11.518	3.800
Veufs { avec enfants . . .	7.525	2.811
{ sans enfant . . .	4.017	1.927
Etat civil inconnu . . . .	2.396	198

La moyenne annuelle pour chaque catégorie de suicidés et le rapport des hommes aux femmes donnent le tableau suivant :

	Hommes.	Femmes.	Rapport des hommes aux femmes.
Célibataires . . . . .	1.521	303	5.019
Mariés { avec enfants . . .	1.325	323	4.102
{ sans enfant . . .	640	217	2.952
Veufs { avec enfants . . .	418	156	2.678
{ sans enfant . . .	223	107	2.084
Etat civil inconnu . . . .	133	11	12.091
	<hr/> 4.260	<hr/> 1.117	<hr/> 3.813

Il est regrettable qu'on n'ait commencé qu'en 1863 à tenir compte de l'état civil des suicidés; non seulement parce que les résultats eussent donné lieu à des interprétations plus voisines de la réalité, mais aussi parce que nous aurions pu déterminer, plus exactement, dans quelle mesure la propension au suicide tend à s'accroître pour chaque catégorie.

Pendant cette trop courte période, nous voyons que le

rapport des hommes aux femmes est de 3.813. Ce rapport varie avec l'état civil des personnes.

Ainsi, parmi les célibataires, les hommes se suicident presque cinq fois plus que les filles. Les personnes mariées sont à peu près dans la moyenne ; mais si on distingue entre celles qui ont des enfants et celles qui n'en ont pas, on trouve que, dans le premier cas, les hommes se suicident quatre fois plus que les femmes et même davantage, tandis que, dans le second cas, on ne compte plus que trois hommes pour une femme. Le chiffre s'abaisse notablement pour les personnes veuves, surtout pour celles qui n'ont pas d'enfant.

Notons enfin qu'il y a très peu de femmes dont l'état civil n'aît pas été constaté, tandis que le nombre des hommes en est considérable (presque le quarantième du nombre total des suicides). L'explication de ce fait surgit d'elle-même.

Pour compléter nos indications précédentes, nous donnons ci-dessous la proportion calculée pour 1,000 suicidés de chaque sexe entre les diverses catégories :

	Hommes.	Femmes.
Célibataires . . . . .	357	272
Mariés { avec enfants . . .	311	289
{ sans enfant . . . .	150	194
Veufs { avec enfants . . .	98	139
{ sans enfant . . . .	53	96
État civil inconnu . . . .	31	10
	1.000	1.000

Pour compléter les indications précédentes, nous donnons, dans ce même tableau, la proportion calculée pour 1,000 suicidés de chaque sexe, entre les diverses catégories.

Nous voyons ainsi que les personnes mariées fournissent le contingent le plus élevé, et que la proportion est à peu près la même pour les deux sexes (presque la

moitié du nombre total). Le chiffre des célibataires est relativement beaucoup plus élevé parmi les hommes que dans l'autre sexe (le tiers au lieu du quart). C'est l'inverse pour les veufs (le septième au lieu du quart). Le nombre des veufs n'atteint pas la moitié de celui des garçons, tandis qu'il y a presque autant de veuves que de filles qui se suicident.

Il est intéressant de remarquer que les enfants influent de la même manière sur les deux sexes, mais non pas au même degré; l'écart est beaucoup plus marqué pour les hommes que pour les femmes, entre ceux qui avaient des enfants et ceux qui n'en avaient pas (2 pour 1, au lieu de 7 pour 5).

Il est clair que ces conclusions ne sont que provisoires et qu'il faut tenir compte de la population pour arriver à des conséquences dont on puisse tirer parti.

Nous avons alors dressé le tableau suivant, qui fait connaître le nombre des suicides pour 100,000 survivants, parmi les célibataires, les personnes mariées et veuves des deux sexes :

	Tant pour 100,000 habitants.		
	Hommes.	Femmes.	Rapports.
Célibataires . . . .	15.22	3.28	4.640
Mariés . . . . .	26.05	6.92	3.764
Veufs . . . . .	66.02	13.72	4.812

Les renseignements publiés par le ministère du Commerce ne distinguent pas, pour les personnes mariées ou veuves, entre celles qui ont des enfants et celles qui n'en ont pas, comme le fait le Compte rendu de la jurisprudence criminelle, relativement aux suicides. Le recensement de 1856 est le seul qui contienne ces renseignements. Nous aurons encore plus d'une fois à signaler cette discordance fâcheuse.

Il serait à désirer que les diverses statistiques fussent établies d'après un plan général, au lieu d'être laissées à la volonté isolée de chaque ministère.

Ce tableau vient altérer les proportions précédentes.

En comparant les hommes aux femmes, nous observons que le rapport 5.019, que nous avions trouvé précédemment pour les célibataires, s'abaisse à 4.640, qu'il ne varie pas sensiblement pour les hommes mariés et qu'il est presque doublé pour les veufs. — De plus, pour les hommes seulement les nombres relatifs aux suicides de célibataires, de mariés et de veufs, sont sensiblement proportionnels à

Hommes . . . .	140	247	613
----------------	-----	-----	-----

tandis que, pour les femmes, ils sont entre eux comme

Femmes . . . .	136	297	567
----------------	-----	-----	-----

nombres très différents de ceux du tableau précédent. Essayons d'expliquer ces différences.

L'abaissement du rapport entre les célibataires de l'un et l'autre sexe tient à ce fait que c'est parmi les hommes qu'on rencontre le plus de célibataires.

Hommes . . . .	9.989.628
Femmes . . . .	9.194.895
Différence . .	794.733

En ce qui concerne les personnes mariées, les deux rapports devraient être identiques, puisque le nombre en étant naturellement le même dans les deux sexes, on peut, dans les calculs, faire abstraction de la population. Cependant, nous observons une différence de 3.711 au lieu de 3.726, et, si nous jetons un coup d'œil sur les recensements de population, nous constatons ce fait étrange qu'il y a chaque fois plus d'hommes mariés que de femmes mariées ; en moyenne 33,351 de plus. La seule conclusion à tirer est que la statistique comporte des erreurs notables et qu'on ne peut avoir une foi absolue dans ses chiffres.

Quant aux veufs, le rapport des hommes aux femmes,

qui était, abstraction faite de la population, de 2.437, devient, lorsqu'on en tient compte, de 4.830 ; ce qui tient simplement à ce qu'il y a environ deux fois plus de veuves que de veufs dans la population :

Hommes . . . .	972.286
Femmes . . . .	1.908.415
Différence . .	935.829

Comparons maintenant entre elles, pour chacun des deux sexes, les trois catégories d'état civil. Nous avons trouvé que les nombres de suicides qu'elles fournissent sont proportionnels aux nombres suivants :

	Célibataires.	Mariés.	Veufs.
Hommes . . . .	357	461	151
Femmes . . . .	272	483	235

D'autre part, la population se trouve composée, relativement à ces trois catégories, dans la proportion suivante :

	Célibataires.	Mariés.	Veufs.
Hommes . . . .	540	408	52
Femmes . . . .	494	403	103

En combinant les nombres de ce premier groupe avec ceux qui leur correspondent dans le second, on retrouve ceux que nous avons déjà indiqués et que nous prendrons comme bases de nos conclusions :

	Célibataires.	Mariés.	Veufs.
Hommes . . . .	14	25	61
Femmes . . . .	13	30	57

Ces chiffres nous montrent que, dans les deux sexes, ce sont les célibataires qui se suicident le moins et les veufs qui se suicident le plus. Dans ces deux catégories, les femmes se suicident un peu moins que les hommes ; la différence, très faible pour les célibataires, est plus accusée pour les veufs. Pour les personnes mariées, c'est le contraire : il y a cinq suicides d'hommes pour six de femmes.

Ces résultats ne sont pas aussi démonstratifs qu'on pourrait le croire, et l'on ne saurait en conclure que le veuvage porte au suicide et que le célibat en préserve. Il faut, en effet, tenir compte de l'âge des suicidés. Or, les célibataires comprennent les enfants, qui ne se suicident pas et les adolescents qui se suicident peu; tandis que les veufs sont pour la plupart des personnes âgées, et nous savons que ce sont les vieillards qui fournissent au suicide son plus fort contingent relatif. Pour faire la part exacte de l'influence exercée par l'état civil, il faudrait pouvoir faire abstraction de l'âge des suicidés; c'est-à-dire faire porter la comparaison sur des personnes, hommes ou femmes, de même âge et appartenant aux trois catégories considérées. C'est là un travail que la statistique ne permet pas encore d'aborder; du moins les documents dont nous nous sommes servi sont insuffisants à cet égard.

Nous avons dit que le recensement de 1856 est le seul qui divise les mariés et les veufs des deux sexes, selon qu'ils ont ou n'ont pas d'enfants. Si, dans chacune de ces catégories, nous prenons le rapport entre ceux qui ont des enfants et ceux qui n'en ont pas, et cela pour les deux sexes, nous trouvons les chiffres suivants :

	Hommes.		Femmes.
Mariés . . .	5.441 avec enf. pour 1 sans enf.		5.472
Veufs . . . . .	3.747	—	3.541

Il est permis de croire que ces rapports ne doivent pas éprouver de grandes variations pendant une courte période, et qu'on ne commettrait pas une bien grande erreur en les appliquant à la période 1863-1880, sauf à réduire le nombre des décimales comme suit :

	Hommes.		Femmes.
Mariés . . . . .	5.4		5.5
Veufs . . . . .	3.7	—	3.5

Or, pendant cette période, la considération des suicides nous fournit les rapports suivants :

	Hommes.	Femmes.
Mariés . . . . .	2.1	1.5
Veufs . . . . .	1.9	1.5

En rapportant ces seconds nombres aux premiers, nous trouvons :

Hommes mariés . . .	4 avec enfants, pour 10 sans enfant.	
— veufs . . .	3	10
Femmes . . . . .	5	10
—	4	10

Nous pouvons donc combler les lacunes de notre dernier tableau, et nous allons le compléter comme suit:

	Hommes.	Femmes.
Célibataires . . . . .	14	14
Mariés { avec enfants . . . .	7	10
{ sans enfant . . . . .	18	20
Veufs { avec enfants . . . .	14	16
{ sans enfant . . . . .	47	41

Nous voyons par là que la catégorie qui fournit relativement à la population le moins de suicides est celle des hommes mariés avec enfants, et que celle qui en fournit le plus est celle des veufs sans enfant. Mais il convient de remarquer que les premiers sont, dans l'ensemble, plus jeunes que les seconds, sans qu'on puisse cependant exprimer le rapport d'âge par un chiffre, même grossièrement approximatif.

La même observation convient aux femmes, mais l'écart est moindre : les femmes mariées avec enfants sont moins favorisées que les hommes de la même catégorie, les veuves sans enfant sont moins mal partagées que les veufs.

Les célibataires et les veufs avec enfants de l'un et de l'autre sexe sont, relativement à la propension au suicide, dans des conditions identiques. Il est diffi-

cile d'en voir la raison. Remarquons cependant que si l'on écartait tous les enfants au-dessous de seize ans, parmi lesquels on ne compte presque pas de suicides, et qui constituent vraisemblablement plus de la moitié du nombre des célibataires, on arriverait à cette conséquence que les célibataires de l'un et de l'autre sexe, ayant dépassé l'âge de la puberté, sont, relativement au suicide, dans des conditions aussi défavorables que les veufs et les veuves sans enfant, et même plus fâcheuses encore, puisque ces derniers ont déjà, par leur âge plus avancé, une propension plus grande.

Comme conséquences probables, nous dirons donc que, abstraction faite de l'âge, la situation la plus défavorable est celle de célibataire, ensuite celle de veuf sans enfant, et qu'enfin l'état où l'on a le moins de propension au suicide est celui d'homme marié avec enfants, les femmes de même catégorie venant en seconde ligne, quoique plus jeunes, en général.

Il est aisé de se rendre compte de ces résultats. On n'a qu'à observer que la vie de famille complète est celle qui donne le plus de calme et de bien-être, qui, par suite, maintient le mieux l'équilibre cérébral. Nous n'insisterons pas à cet égard, chacun pouvant suppléer à notre silence par ses propres réflexions.

Au milieu de la période 1863-1880, que nous avons étudiée, se placent les années 1870-1871, marquées par des événements qui ont pour notre pays la plus grande importance. Il nous a paru intéressant de rechercher si la situation, relativement aux suicides, n'en avait pas subi le contre-coup.

Nous avons alors comparé la période 1863-1870 à la période 1871-1878, composées chacune de huit ans. Nous consignons ci-après les différences, soit dans le nombre des suicides, soit dans le chiffre de la population.

Suicides.		Population.			
Augmentation.		Diminution.		Augmentation.	
H.	F.	H.	F.	H.	F.
1.106	479	1.198.701	606.878	d	d
238	424	361.515	246.887	d	d
1.386	863	d	d	25.107	127.009
235	439	d	d	d	d
241	330	1.560.216	853.765	25.107	127.009
579	149	25.107	127.009		
3.785	1.726	1.436.009	726.755		
	5.511				2.162.765

Ce tableau nous montre que le chiffre des suicides a augmenté, en général, de 1/15<sup>e</sup>, tandis que la population diminuait de 1/17<sup>e</sup>; que l'augmentation a été, pour les hommes, double de ce qu'elle a été pour les femmes, bien que la diminution de population ait été, pour les hommes, double de celle des femmes. Dans toutes les catégories d'état civil, le nombre des suicides d'hommes est le plus considérable, sauf pour les femmes mariées avec enfants.

L'accroissement a porté surtout sur les hommes mariés sans enfant et sur les célibataires. En égard à la population, on voit que les veufs ont fourni le moindre contingent et que les femmes ont été surtout favorisées. La tendance s'est accrue dans une forte proportion pour les célibataires, surtout parmi les hommes.

A partir de 1871, l'accroissement moyen annuel a été :

Hommes . . . .	Célibat.	70	Mariés	79	Veufs	21
Femmes . . . .	—	27	—	27	—	8

Relativement au nombre total des suicides de chaque catégorie :

Hommes . . . .	Célibat.	0.006	Mariés	0.005	Veufs	0.058
Femmes . . . .	—	0.128	—	0.061	—	0.034

Nous voyons par là que les célibataires du sexe féminin répugnent de moins en moins au suicide. Ce fait ne coïncide pas pour elles avec cet éloignement croissant pour la vie de famille que certains esprits chagrins attribuent à nos jeunes filles. Le recensement de 1876 donne 99,618 célibataires du sexe féminin de plus que celui de 1872, ce qui donnerait un accroissement annuel de 24,904 (pour quatre ans). De 1846 à 1866, en vingt ans, il était seulement de 19,574. Mais le nombre des femmes mariées s'est accru de 250,350, soit par an de 62,588. De 1846 à 1866, l'accroissement moyen annuel était de 43,492.

Il faut renoncer à toute explication actuelle de ce fait, mais il existe et devait être signalé.

## VI

## MOYENS DE SUICIDES EMPLOYÉS

On compte sept moyens principaux de suicide entre lesquels se répartit la presque totalité des sinistres, et une foule de procédés exceptionnels échappant à toute classification, et dont l'ensemble, désigné sous le nom de « moyens divers », ne comprend qu'une partie extrêmement faible des suicides.

Le nombre total des suicides de chacune de ces catégories, pour les hommes et les femmes, de 1835 à 1880, est le suivant :

	H.	F.
Submersion . . . . .	38.626	18.957
Pendaison . . . . .	63.863	12.783
Armes à feu . . . . .	23.198	367
Asphyxie par le charbon . . . . .	8.299	5.653
Instruments tranchants et aigus . . . . .	6.180	1.097
Poison . . . . .	2.457	1.489
Chute d'un lieu élevé . . . . .	4.794	2.436
Moyens divers . . . . .	922	168
	148.339	42.950

Dans le tableau suivant, nous avons consigné les moyennes annuelles correspondantes à la période de 1835-1880 et calculé le rapport entre le nombre des suicides d'hommes et le nombre des suicides de femmes :

	H.	F.	Rapports.
Submersion.	840	412	2.038
Pendaison.	1.388	278	4.992
Armes à feu.	504	8	63
Asphyxie par le charbon.	180	123	1.463
Instruments tranchants et aigus.	134	24	5.583
Poison.	53	32	1.656
Chute d'un lieu élevé.	104	53	1.962
Moyens divers.	20	4	5
	<hr/> 3.223	<hr/> 934	<hr/> 3.450

Enfin, si nous calculons la proportion pour 1,000 suicides de chaque sexe relativement aux moyens de suicide employés, nous obtenons les résultats suivants :

	H.	F.	2 sexes.
Submersion.	261	441	301
Pendaison.	430	298	401
Armes à feu.	156	8	123
Asphyxie par le charbon.	56	132	73
Instruments tranchants et aigus.	42	26	38
Poison.	17	34	20
Chute d'un lieu élevé.	32	57	38
Moyens divers.	6	4	6
	<hr/> 1.000	<hr/> 1.000	<hr/> 1.000

Ces chiffres nous montrent que la pendaison entre pour 2/5<sup>e</sup> dans le nombre total des suicides; la submersion pour 3/10<sup>e</sup>; le poison est le procédé qui fait le moins de victimes, 2/100<sup>e</sup> du nombre total, sexes réunis.

Mais si l'on examine isolément chaque sexe, ces proportions changent, et, si on les compare l'un à l'autre, on arrive à des résultats dignes de frapper l'attention et dont la plupart s'expliquent sans peine, quoique sans précision.

Il n'est pas difficile, en effet, de comprendre pourquoi les suicides par armes à feu sont 63 fois plus nombreux parmi les hommes que parmi les femmes, ces dernières ignorant habituellement le maniement des armes. On peut encore, quoiqu'avec moins de certitude, comprendre pourquoi l'asphyxie par le charbon est relativement plus usitée parmi les femmes, à qui les soins du ménage rendent familier l'emploi des réchauds, tandis que les hommes y sont habituellement assez maladroits. On expliquerait encore par la répugnance qu'ont les femmes à verser le sang qu'elles aient moins souvent recours aux instruments tranchants et aigus. Tandis que les hommes semblent avoir moins de répulsion pour la pendaison et la submersion; c'est le contraire qui est vrai pour les femmes, et cela dans une proportion presque rigoureusement inverse. On serait tenté, en parcourant le tableau, de croire que les femmes n'osent pas envisager froidement l'idée de la mort, qu'elles essaient de s'en distraire par des préparatifs peu différents de leurs occupations habituelles (charbon, poison), ou qu'elles rejettent la vie d'un seul coup, sans effort, en s'abandonnant (submersion, chute d'un lieu élevé). Les moyens de suicide choisis par l'homme dénotent, en général, plus de sang-froid et de fermeté.

Notons encore cette particularité que les deux sexes, même en recourant au même genre de mort, n'agissent pas de la même façon. L'homme se tuera sur la voie publique, en se jetant du haut d'un édifice; la femme se jettera par une fenêtre de sa maison donnant sur la cour. De même, elle se noiera dans son puits, l'homme se précipitera au loin dans une rivière, un étang.

Sans doute, il n'y a rien là d'absolu, et nous aimerais à pouvoir appuyer ces observations sur des chiffres. Nous sommes persuadé que si l'on avait distingué

entre les suicides, selon qu'ils se sont produits à l'intérieur ou au dehors du logis, dans les chambres habitées ou dans des annexes de la maison (grenier, cave), on serait arrivé à cette conclusion que les femmes veulent autant que possible mourir chez elles, sans rien déranger, sans faire de bruit. L'homme est plus indifférent à toutes ces nuances de sentiment; il va droit à son but, étranger à tout le reste.

Les chiffres que nous avons donnés ne représentent qu'une moyenne, et leurs rapports respectifs varient d'une année à l'autre dans des limites assez étendues et trop irrégulières pour qu'on puisse en dégager une loi, même très vague. Nous nous sommes borné, pour nous faire une idée telle quelle de l'influence du temps en pareille matière, de comparer l'année 1835 à l'année 1880, de calculer la variation moyenne annuelle et de la rapporter au nombre total des suicides de chaque catégorie en 1835.

Le tableau suivant nous montre dans quelle proportion s'est accru, de 1835 à 1880, l'usage de chacun des moyens de suicide considéré :

	Deux sexes.	H.	F.
Submersion . . . . .	0.037	0.040	0.030
Pendaison . . . . .	0.068	0.072	0.052
Armes à feu . . . . .	0.009	0.012	0.008
Asphyxie par le charbon . . .	0.038	0.034	0.044
Instruments tranchants et aigus .	0.037	0.036	0.041
Poison . . . . .	0.025	0.019	0.035
Chute d'un lieu élevé . . . . .	0.049	0.050	0.046
Moyens divers . . . . .	0.027	0.014	"

Si nous rangeons ces procédés d'après l'ordre d'importance qu'ils tendent à prendre en vertu des chiffres précédents, nous trouverons :

## 382 ÉTUDE STATISTIQUE SUR LE SUICIDE EN FRANCE

Deux sexes.	Hommes.	Femmes.
1. Pendaison.	1. Pendaison.	1. Pendaison.
2. Chute d'un lieu élevé.	2. Chute d'un lieu élevé.	2. Chute d'un lieu élevé.
3. Asphyxie par le charbon.	3. Submersion.	3. Charbon.
4. Submersion et instruments tranchants et aigus.	4. Instruments tranchants.	4. Instruments tranchants.
5. Poison.	5. Charbon.	5. Poison.
6. Armes à feu.	6. Poison.	6. Submersion.
	7. Armes à feu.	7. Armes à feu.

On conçoit la possibilité de faire, à cet égard, de véritables prévisions, c'est-à-dire de déterminer quels seront, dans un temps donné, les procédés de suicide les plus usités. Mais cela suppose la connaissance suffisamment approchée de la loi qui règle l'augmentation du nombre des suicides de chaque catégorie pour les deux sexes. Le grossier aperçu que nous en avons donné ne comporte aucune conclusion de ce genre. Nous faisons cette remarque pour montrer la portée que pourrait avoir une statistique bien faite et bien interprétée, non seulement dans ce cas, mais dans tous les autres.

(A suivre.)

## Médecine légale.

### CAS DE PSYCHOSE ÉPILEPTIQUE

Par le Dr CHATELAIN,

Ancien médecin en chef de la maison de santé de Préfargier (Suisse).

L'épilepsie, on le sait, est très fréquemment — dans 60 p. 100 des cas environ — accompagnée de troubles intellectuels qui se combinent avec la névrose de bien des façons différentes. Tantôt, le caractère, l'humeur, le sens moral, sont seuls atteints; tantôt, de véritables crises de délire précédent ou suivent immédiatement l'accès convulsif; tantôt encore, c'est, au contraire, dans les intervalles libres entre deux crises que le trouble mental apparaît. D'autres fois, le délire devient chronique. Souvent enfin, les facultés intellectuelles s'affaiblissant peu à peu, l'individu tombe dans l'imbécillité et la démence.

Le diagnostic des cas dans lesquels existe l'accès convulsif à un degré quelconque — ne serait-ce qu'un vertige — est bien facile; mais il n'en est plus de même lorsqu'il est remplacé entièrement par le trouble psychique apparaissant sous la simple forme d'un délire transitoire : épilepsie larvée ou psychique. L'appréciation médico-légale d'un acte commis dans ce moment-là par un individu réputé bien portant jusque-là peut offrir de grandes difficultés.

Le cas suivant mérite à ce titre, croyons-nous, d'être conservé :

M. G..., marchand chapelier à Neuchâtel, porte plainte au juge d'instruction comme suit : « Lundi, 22 novembre 1886, à 8 h. 40 du soir environ, au moment où j'allais sortir du magasin, un jeune homme me dit sur le seuil : « Je voudrais acheter un chapeau, si ce n'est pas trop tard. » Quelques instants auparavant, alors que le magasin n'était pas encore fermé, j'avais vu passer ce même jeune homme sur le trottoir; il revint lorsque les volets furent mis. Il se fit montrer différentes choses et resta vingt minutes sans se décider à choisir. Pendant tout ce temps, il ne posa pas sa canne et ferma à deux reprises la porte que j'avais entr'ouverte. Il me parla de différentes choses en français, puis en allemand, et, sur ma demande : d'où venait-il? il me dit que son père était maître de musique à W..., dans le canton de Saint-Gall. Trouvant qu'il choisissait bien longuement, je pris les chapeaux qui ne lui plaisaient pas pour les remettre en place; c'est au moment où je lui tournai le dos qu'il me frappa de trois coups sur la tête. Après quelques secondes de lutte, il me reprit la canne que je lui avais arrachée et s'enfuit au moment où j'appelais au secours. Il prit un chapeau neuf au lieu du sien, où était inscrit son nom... »

Quelques instants plus tard, le prévenu, qui avait été reconnu et suivi, est arrêté à son domicile comme il était occupé à changer de linge.

Interrogé le lendemain par le juge d'instruction, il nie avoir en l'intention soit de tuer, soit de voler le chapelier. Aucun chapeau ne lui plaisant, et ne sachant comment sortir, il s'est tiré d'embarras en le frappant. Le prévenu n'a jamais varié dans cette explication; nous reproduisons plus bas les termes mêmes dont il se sert.

Le prévenu A. B... est âgé de dix-neuf ans. Son père est professeur de musique; sa mère souffre depuis des années d'un état prononcé de nervosisme à base hystérique. Une tante paternelle est faible d'esprit, légèrement microcéphale. Deux oncles paternels sont morts de ramollissement cérébral; le fils de l'un d'eux est aliéné.

A l'âge de cinq ans, le prévenu fait une chute sur la tête, suivie de perte de connaissance. Un peu plus tard, il est renversé par une voiture; nouvelle perte de connaissance. Au collège, fracture d'un poignet. Depuis ces accidents, il a d'assez fréquents maux de tête, mais se porte, sans cela, parfaitement bien. Il a fait un apprentissage et est encore, au moment de son arrestation, élève de l'École de commerce de Neuchâtel.

Les renseignements recueillis sur le caractère, la conduite et l'état intellectuel ordinaire de A. B... nous le montrent comme un jeune homme, en somme, pas très bien doué et peu ardent au travail. Sa conduite n'a, du reste, jamais donné lieu à aucune plainte. Ses camarades s'accordent tous à dire que c'est un gentil garçon, comme il faut et de bonne compagnie. Un ami dit qu'il était cependant, par moments, très irritable, sans aucun motif. Ainsi, un jour qu'ils faisaient de l'escrime, il se mit soudain à frapper son adversaire avec une telle violence que celui-ci, effrayé, dut se retirer. L'instant d'après, A. B... était de nouveau absolument calme et maître de lui.

Ni les professeurs du prévenu, ni les membres de la famille chez lesquels il est en pension, ni le concierge des prisons, depuis sa détention, n'ont jamais observé chez lui le moindre signe d'un état intellectuel anormal. Ses camarades toutefois ont remarqué qu'il avait quelquefois « des absences », et à plusieurs reprises lui ont demandé s'il était fou. Interrogés plus exactement sur

ces deux points, ils disent que ces « absences » n'étaient sans doute que les distractions d'un jeune homme indolent et que leur question n'avait pas plus de valeur que les compliments semblables qu'on se fait parfois entre camarades. Ils n'ont jamais remarqué chez A. B... ni propos, ni actes de nature à leur faire penser qu'il n'avait pas sa tête. Un seul d'entre eux est réellement affirmatif sur ce point. Il a remarqué que le prévenu avait des absences plus ou moins totales; il posait tout à coup sa plume et regardait fixement le plafond, sans paraître s'apercevoir qu'on le regardait lui-même, puis soudain il reprenait son travail comme si rien n'eût été. Parfois il sautait tout à coup sur une chaise et commençait à faire de drôles de gestes avec les bras, puis il redescendait de la chaise et reprenait son travail ou se promenait dans la chambre.

L'état physique du prévenu ne présente absolument rien d'anormal; aucune cicatrice crânienne; aucun trouble de la motilité et de la sensibilité; aucun signe de dégénérescence. A. B... s'exprime avec beaucoup de facilité; la mémoire est intacte. Il ne fait pas l'effet d'un individu très bien doué, il est vrai, mais on ne constate cependant aucune trace de faiblesse intellectuelle. Quatre visites ne nous ont amené à la découverte d'aucun symptôme de trouble mental quelconque. Pas de dépression, ni d'agitation; aucune hallucination, pas d'idées obsessives, de conceptions délirantes ou de tendance aux actes impulsifs.

Nous avons engagé B... à écrire lui-même le récit de l'acte qui lui est reproché, et voici comment il le raconte:

« Pendant que je me promenais ainsi, il me vint encore à l'idée d'acheter un chapeau, car j'avais l'intention d'aller à Bienné le mardi suivant. J'entrai donc dans le magasin de M. G... et me fis montrer différents chapeaux; mais, n'en trouvant point à ma convenance, je me

génais de sortir du magasin sans avoir rien acheté, après avoir retenu M. G... une demi-heure. Alors me vint subitement la pensée de sortir sans rien dire, mais je ne la mis cependant pas à exécution, dans la crainte que M. G... ne crut que je lui avais pris un chapeau et me dénonçât. C'est alors que je réfléchis que j'avais ma cravache, et sans penser plus longtemps, j'en donnai trois coups à M. G..., sur la tête. Je ne sais que peu de chose de ce qui s'est passé après cela dans le magasin ; je me trouvai bientôt sur la rue et je me dépêchai d'aller à la maison, où j'étais en train de changer de linge lorsque la police vint me demander. Je me cachai vite entre deux portes, mais je fus néanmoins vite pris et conduit à la préfecture. »

Tel était le prévenu en décembre 1886, et le juge d'instruction, ne pouvant se résoudre à voir en lui un criminel ordinaire, nous chargea d'examiner son état mental et de lui en faire un rapport, dont nous reproduisons en abrégé les conclusions :

« L'état mental du prévenu ne présente rien d'anormal, et cependant l'acte qu'il a commis est si absurde qu'on peut bien se demander s'il est l'acte d'un individu jouissant de sa raison. B... n'avait aucun motif de tuer ou de voler le marchand ; il a commencé par lui donner son nom et son adresse, et c'est avec un tronçon de cravache qu'il le frappe !... Bref, ce n'est pas ainsi que s'y prend le criminel ordinaire. Il convient donc de rechercher si le prévenu aurait peut-être agi sous l'influence d'un de ces accès passagers de perturbation intellectuelle, qui, éclatant au milieu de la santé la plus parfaite, disparaissent comme ils sont venus, sans laisser de traces de leur passage.

« Des accès de délire avec actes violents peuvent se rencontrer sous forme de manie suraiguë ou transitoire, de raptus mélancolique ou dans la fureur épileptique.

Dans ces cas, la perte de connaissance est complète; il existe une angoisse précordiale suraiguë et des hallucinations terrifiantes. L'acte lui-même n'est jamais combiné ni dans son but, ni dans ses moyens; il est aveugle, convulsif. L'accès, qui dure de vingt minutes à six heures au plus, se termine soit par un profond sommeil, soit simplement par une grande prostration physique et psychique. Enfin, et ceci est pathognomonique, le souvenir de ce qui s'est passé fait défaut.

« Ces caractères généraux du délire transitoire ne se retrouvent pas chez B... Son acte, il est vrai, n'a ni but ni moyens raisonnables; mais l'accès, si accès il y a eu, n'a duré qu'une minute à peine et n'a été suivi ni de sommeil, ni de prostration. Le souvenir est intact ou à peu près. On est donc obligé d'abandonner l'hypothèse qu'il aurait agi dans un accès de manie transitoire. Et néanmoins l'esprit demeure perplexe. Examinons donc encore deux ordres de faits mentionnés dans les antécédents du prévenu : 1<sup>o</sup> les conditions d'hérédité dans lesquelles il se trouve; 2<sup>o</sup> les « absences » mentionnées plus haut.

« 1<sup>o</sup> L'hérédité est manifeste. Deux générations montrent des cas de folie. Il est donc plus que probable qu'un jour ou l'autre des troubles psychiques se manifesteront dans la génération actuelle à laquelle appartient le prévenu.

« 2<sup>o</sup> Nous n'avons pas été témoin d'une de ces « absences » racontées par les camarades du prévenu, et les détails donnés sont si peu précis et si peu concordants qu'il est impossible de savoir au juste en quoi elles consistent et de leur faire servir de base à une appréciation infaillible.

« Cette réserve faite, il nous semble qu'on ne peut nier leur existence, et le prévenu les invoque si peu pour les besoins de sa cause qu'il ne nous en avait pas même

parlé. Maintenant, quelle est leur nature ? Sont-ce de simples distractions ? Ont-elles un caractère franchement pathologique, symptôme d'un état névropathique encore plus ou moins latent ? Une observation directe prolongée pourrait seule permettre d'en juger ; mais cette dernière alternative n'a rien d'impossible, étant surtout données les conditions d'hérédité dans lesquelles se trouve le prévenu.

« Tout compte fait, et ce sont là nos conclusions, on peut donc dire que si A. B... ne présente pas actuellement de symptômes d'un trouble mental auquel on puisse rattacher l'acte qu'il a commis le 22 novembre, il doit être cependant envisagé comme très suspect au point de vue cérébral. Il n'est pas aliéné, mais il fait tout l'effet d'un candidat à l'aliénation. C'est là, croyons-nous, tout ce qu'on peut dire actuellement, en l'absence des résultats positifs que pourrait seule donner l'observation prolongée dont nous venons de parler. »

M. le juge d'instruction ne trouva pas cette observation nécessaire. Le parquet usant, vu les circonstances, d'une extrême indulgence, poursuivit A. B... au correctionnel seulement, et les juges, estimant que près de deux mois de prison préventive étaient une punition suffisante, acquittèrent le prévenu, qui quitte aussitôt Neuchâtel pour aller habiter Zurich, où un ami plus âgé, qui s'est beaucoup intéressé à lui, le prend dans sa maison pour l'observer, tout en l'occupant d'une manière utile.

Mais le jeune homme est Allemand et doit, en mars 1888, se présenter au recrutement dans son pays. Or, les observations de M. W..., son ami, l'ont convaincu qu'il est incapable de faire son service, et il nous demande, pour les autorités allemandes, un complément de rapport en nous fournissant, à cet effet, les renseignements suivants :

« Les accès commencent par une excitation que la cause la plus futile suffit à déclencher ; B... s'abandonne à une épouvantable dépression psychique, va déclarant qu'il a chez moi l'existence la plus malheureuse qu'on puisse imaginer, et que j'aurais beaucoup mieux fait de le laisser aller au pénitencier à Neuchâtel, plutôt que de le priver de toute liberté et de tout agrément de l'existence. Il m'accable de toute espèce de reproches non fondés, déclare que tout le monde est fou ; puis enfin, saisi d'une véritable fureur, jette les portes de façon à ébranler toute la maison, menace de me sauter dessus et de me tuer parce que je suis un aussi méchant homme, et finalement se jette sur son lit, où il s'endort immédiatement. Le lendemain, c'est un tout autre homme, brisé, souple, amical ; il ne se souvient absolument pas de ce qui s'est passé la veille. Si je le lui dis en lui répétant les expressions dont il s'est servi, il croit toujours que je m'amuse à lui faire des contes... »

Ces faits jettent un jour tout nouveau sur l'état de B... et l'observation prolongée que nous demandions est faite. Le diagnostic n'est plus douteux : il s'agit d'une épilepsie psychique. Les « absences » mentionnées étaient des vertiges, auxquels s'ajoute bientôt l'acte impulsif seul. Puis l'accès se complète ; l'amnésie et le sommeil consécutif apparaissent, la forme de trouble mental est typique.

En octobre 1888, B... est déclaré par les autorités militaires allemandes incapable de faire son service et exempté définitivement.

Le cas est instructif au plus haut degré. C'est un exemple caractéristique d'acte délictueux commis *ex abrupto*, sous l'influence d'un trouble mental, latent jusque-là, chez un individu jouissant de la santé intellectuelle en apparence la plus complète. Un jeune homme va et vient dans la vie comme chacun, travaille dans

les bureaux, fait des études; ni ses professeurs, ni les personnes avec lesquelles il vit n'ont jamais rien observé d'anormal chez lui. Seuls ses camarades parlent, après coup, d'absences; mais c'est peu de chose, bien trop insuffisant pour faire penser que leur ami n'est pas comme chacun... Et cependant il l'était si peu, que si le 22 novembre, au lieu d'un méchant tronçon de cravache, il avait eu par hasard sur lui un poignard ou un revolver, il pouvait fort bien tuer son homme.

Tout acte délictueux insolite, absurde dans son but ou dans ses moyens, doit donc, même lorsque le coupable paraît jouir de la santé la plus parfaite, être soigneusement passé au crible de l'examen médical. Si, dans le cas de B..., les magistrats neuchâtelois n'avaient pas montré autant de sagesse et d'humanité, ce malheureux, flétrì comme criminel, eût été envoyé au pénitencier, tandis que sa vraie place est l'asile.

Quand toutefois un juge, au cours d'une audience, se décide à déclarer un accusé épileptique, il faut alors qu'il ait engagé au moins une partie de l'assistance à confirmer cette déclaration. Cela est tout à fait normal, car il est évident que si un accusé est déclaré épileptique, il ne peut pas être jugé et condamné pour un crime commis dans l'état de convalescence.

---

## Établissements d'aliénés.

---

### DES ÉVASIONS

Par le Dr HOSPITAL,

Médecin en chef de l'établissement d'aliénés de Sainte-Marie,  
à Clermont-Ferrand.

---

On a souvent répété que la rareté relative des évasions d'aliénés tenait, entre autres causes, au manque de coordination de leurs idées, à leur versatilité, au défaut de mémoire et de raisonnement, qui ne leur permettaient pas de combiner convenablement un plan de fuite et de le conduire à bonne fin. On allègue, à l'appui de cette manière de voir, que les asiles ne sont pas des maisons de détention, surtout avec les idées modernes; que les moyens préventifs étant illusoires, beaucoup pourraient s'échapper quand ils le voudraient; qu'enfin, étant admis, par la pensée, la substitution aux aliénés d'un nombre égal de prisonniers pour délits et crimes de droit commun, il en resterait bien peu le lendemain. Qu'en outre, beaucoup d'aliénés, se croyant bien portants, et par suite, injustement renfermés, réclamant en vain leur élargissement, ne cherchent qu'en minorité à s'esquiver; que d'autres, se voyant subitement privés de leur famille, de la gérance de leurs intérêts, sevrés de leurs plaisirs, n'essaient qu'exceptionnellement de recouvrer leur liberté; que d'autres, mégalomaniaques, croient nécessairement que leur présence forcée à l'asile

nuit aux horizons splendides que leur forge leur imagination; que d'autres, persécutés, voient des ennemis, jusque dans le personnel de la maison. Et cependant, les évasions sont rares. Il faut bien reconnaître qu'il y a du vrai dans tout ceci. Si les moyens généraux et personnels de coercition sont faibles, presque insignifiants, en présence d'un être énergique et possédant son bon sens, il est à admettre qu'ils sont très suffisants, pour la majorité des malades; j'ai, chaque année, une ou deux évasions sur 750 aliénés, chiffre qui dépasse 900 en y ajoutant le va-et-vient des entrées et sorties par an; il est vrai que le nombre des femmes y est beaucoup plus élevé, par suite de considérations particulières trop détaillées pour prendre place ici; mais nous pouvons compter 200 hommes dans une année, sur lesquels il y a au moins 20 à 30 sujets employés aux services généraux, aux jardins, aux vignes, envoyés en ville, à la gare, au marché, dont un certain nombre supportent impatiemment l'internement; or, pas d'évasion; et quand on en constate une, c'est le fait de celui qu'on aurait le moins soupçonné. Étant donnés 100 aliénés, vous en compterez au moins 10 ou 15 qui ne pourraient physiquement effectuer une évasion, par suite de paralysie, d'affaiblissement, d'infirmités, de vieillesse, de maladie somatique; plus de 30 en sont empêchés par leur état mental lui-même : absence ou disparition de l'entendement, ou, au contraire, surexcitation et délire généralisé; les premiers sont de suite accoutumés, les seconds ne savent plus où ils sont, ni où ils en sont; un petit groupe de malades dangereux ou susceptibles par leur passé ou leurs paroles d'être regardés comme tels, et étroitement surveillés; un groupe de timorés, de maladroits, envisageant l'évasion avec effroi, surtout si elle doit être périlleuse et exige de l'audace et du sang-froid. En fin de compte, que vous restera-t-il? Un stock de 10 à 15

individus en état de vouloir s'échapper, et encore : les uns sont accoutumés ; d'autres, de pays éloignés, ne sauraient où aller ; d'autres, leurrés d'espoir de sortie prochaine, préfèrent attendre que de gâter leur affaire par un coup de tête. Comptons encore les simulateurs ; mais mes collègues savent qu'ils sont rares, faciles à démasquer, avec beaucoup d'observation il est vrai, et que plusieurs ont plutôt intérêt à rester dans l'asile que de s'en évader. Nous arrivons donc, par toutes ces éliminations, à un ou deux individus, le plus souvent des nouveaux, qu'on ne connaît pas encore bien, ou encore des malades qui se lassent de promesses, qu'ils finissent par prendre pour des mirages trompeurs. Il y a donc une énorme différence entre un public aliéné et un public pénitentiaire. Oui, ces derniers s'échapperaient, presque tous, d'un manicomie ; cela tient à deux causes : le malfaiteur, en s'échappant, veut se dérober à la peine affligeante qui l'attend ou qui le menace ; il sait, en outre, que sa fuite, s'il est repris, et seulement sa tentative, s'il est surpris, aggraveront son affaire et sa situation ; il ne saurait donc prendre trop de précautions pour l'accomplir, et ensuite trop de vigilance pour ne pas être repincé. Tout autre est l'aliéné ; loin d'être un coupable, même lorsqu'il a commis quelque méfait sous l'influence directe de son état mental, il regarde son internement comme injuste et son évasion comme une œuvre de rédemption, de réparation ; il n'a pas à se cacher, au point de vue consciel, mais seulement à celui de n'être pas reconduit dans l'asile ; aussi a-t-il une grande tendance à revenir dans son milieu habituel ; pour peu qu'il soit encore raisonnant, il sait bien, d'ailleurs, qu'il n'aggrave pas sensiblement sa situation ; aussi, il n'en est pas moins étonnant qu'il s'en échappe si peu, ce qui tient, évidemment, chez l'aliéné, ainsi que son étonnante accoutumance, à l'affaiblissement des facultés intellectuelles.

tuelles, vu, en effet, la facilité des moyens d'exécution. En connaissant bien son personnel, le médecin aliéniste discerne parfois, chez quelques-uns de ses administrés, des mobiles de délire s'opposant à la perpétration d'une fuite. Un de mes malades, un peu imbécile et qui, lorsqu'il était irrité (quand on lui refusait du tabac), décelait des traces de délire de persécutions et des grandeurs (il se disait fils de Jeanne d'Arc et de Lafayette!) demandait souvent sa sortie ; lui ayant fait observer qu'étant employé à la boulangerie, rien ne lui était plus facile que de se sauver; il me répondit que cela lui était, au contraire, absolument impossible, attendu que tous les habitants de la rue étaient chargés de le surveiller, et qu'il serait aussitôt repris. Un autre me dit que rien ne lui serait plus facile que de s'évader, mais que son séjour dans l'établissement était pour lui un temps d'épreuve, qui lui servirait à confondre un jour ses ennemis, et qu'il se garderait bien de l'abréger. On s'attendrait à trouver chez les maniaques religieux une dose plus corsée de résignation ; c'est le contraire. J'ai vu aussi des malades venir s'enfermer volontairement dans l'asile : les uns pour fuir leurs ennemis ; d'autres pour y faire leur salut, ne pouvant échapper au démon dans le monde ; d'autres, moitié aliénés moitié névrosés, pour venir demander la guérison par le moyen d'un autre genre de vie et d'un traitement suivi ; ici, pas de fuite à craindre. Dans une période de plus de vingt ans, je n'ai vu que quatre évasions de femmes. J'ai plusieurs exemples d'évasion à deux personnes, très rarement à plus, presque toujours une. C'est bien là que l'absence de sociabilité de l'état d'esprit des aliénés se décèle ; un plan combiné à plusieurs est insolite, par suite des nuances vésaniques individuelles qui entraient tout essor aux idées collectives ; c'est ce qui explique la rareté des insurrections *intra muros*; je n'en connais que deux

exemples, que je raconterai dans un article spécial.

Ne doivent pas être compris, comme évadés de parti pris, ceux qui « tirent une bordée », terme de marin qui désigne ceux qui s'échappent pour faire l'école buissonnière ou autre chose, et reviennent après quelques heures. J'avais permis à un de mes vieux malades d'aller voir le feu d'artifice; le remous de la foule l'ayant séparé de son gardien, il ne put plus retrouver son chemin; la dernière fusée était éteinte, quand il se trouva devant une caserne; il y explique son cas, priant qu'on lui permit de coucher au violon; on fit droit à sa demande, et, pendant qu'on le cherchait partout, notre homme, fatigué des allées et venues, ronflait les poings fermés; il rentra le lendemain matin. Ceux qui, en revenant, s'esquivent pour suivre un ami ou entrer au cabaret: trois de mes malades, étant entrés dans un café, y consommèrent pas mal; quand il fallut payer, aucun n'avait d'argent; l'hôte, furieux, en garda deux en otages, et expédia le troisième à la découverte; il vint chez moi, et je lui donnai la rançon des prisonniers; à l'asile, on consentit à faire semblant de ne pas s'apercevoir de leur absence momentanée. Plusieurs malades échappés de la Cellette sont venus immédiatement se constituer à Sainte-Marie; ils donnaient pour unique raison qu'ils avaient besoin de se donner de l'air, mais que leur intention, à proprement parler, n'était pas de s'échapper définitivement; l'un d'eux était venu frapper à mon volet au milieu de la nuit, pour me prier de le réintégrer, ce que je fis... en maugréant. Ceux qui, pris d'un désir insurmontable familial, font un trajet quelquefois énorme et reviennent tranquillement. Ceux qui se perdent en chemin; ceux qui, sous l'influence d'une frénésie ou d'une crise névropathique ou épileptique, sont pris tout à coup d'une impulsion irrésistible et inconsciente vers la migration; ils parcourent des distances extra-

ordinaires, passent partout, ne sont arrêtés par aucun obstacle, parfois à peine vêtus, sans rien prendre, avec une force de résistance physique incroyable; puis, la frénésie locomotrice passée, ou ils reviennent au point de départ ou on les découvre errants, sans qu'un souvenir leur reste de cette course furibonde. On a remarqué ce singulier épiphénomène quelquefois immédiatement après le traumatisme du crâne; même chez les animaux, cette remarque a été constatée.

L'aliéné qui s'évade, tantôt obéit à une idée instantanée que lui suggèrent sa disposition d'esprit et l'occasion, tantôt prépare plus ou moins étourdiment ou ingénieusement son évasion.

Les premiers sont forcément entachés de la plus grande incohérence, et les conséquences en sont quelquefois graves. Exemple: un malade s'échappe, un soir, à travers l'enclos, en courant; il donne tête baissée dans un jet d'eau et s'y asphyxie; un autre monte sur un toit et tombe du troisième dans la rue, où il se tue; un autre tombe d'un arbre et se casse le col fémoral; un autre saute par une croisée pour fuir les gardiens qu'il intercale dans son délire de persécutions, se brise comminutivement une jambe et en meurt; un autre, mélancolique, franchit une muraille et se casse les deux jambes. Ceux qui profitent de l'occasion sont bien moins exposés; employés dans quelques-uns des services, un beau jour ils profitent d'une porte ouverte, d'un instant d'inattention, pour s'esquiver à l'anglaise, sans dire bonsoir; un prêtre profite de l'installation d'un nouveau concierge pour se faire ouvrir la porte et sortir avec beaucoup de dignité.

Les seconds préparent leur évasion, et quelques-unes sont combinées fort ingénieusement; parmi elles, il y en a de remarquables par leurs péripéties. Deux de mes malades, l'un jeune, l'autre vieux, tous deux très maigres,

parvinrent à franchir un guichet large de 16 centimètres ; d'autres ont pu s'esquiver par des lucarnes, des hiatus, où le corps d'un homme, si étroité qu'il soit, semble ne pouvoir passer. Un malade qu'on allait recevoir s'échappe pendant les formalités, pénètre comme un ouragan dans l'appartement de M. Dumas, mon adjoint, traverse la salle à manger, où la famille était réunie, enjambe la fenêtre et saute dans la rue; les assistants crurent, sans doute, entrevoir le *horla* de Guy de Maupassant. Ceux qui combinent un plan s'y préparent à l'avance, en étudiant les êtres, en s'isolant de plus en plus pour se faire perdre de vue ; les plus madrés gagnent la confiance du personnel et obtiennent parfois une clef intérieure ; au moment venu, l'un se cachera dans sa paillasson, l'autre sous un amas de feuilles mortes, l'autre sous les lames d'un parquet, l'autre dans une soucente, un autre dans un tour; j'ai vu tous ces cas. Puis, quand il est seul, il opère comme il peut : l'un d'eux avait enlevé les clefs du surveillant pendant son sommeil ; un autre avait trouvé à terre un trousseau et au lieu de le remettre, l'avait habilement caché pour s'en servir au moment opportun ; je n'ai jamais constaté de cas où la violence ait été employée ; le futur fugitif prend bien rarement un confident. Au moyen d'une simple perche, un malade put gagner le faîte d'un mur élevé ; puis, mettant la perche de l'autre côté, il descendit par le même moyen et gagna la campagne.

M. X..., trente-cinq ans, donnant quelques signes de bizarrerie, allant jusqu'à prendre un caractère vésanique, fut mis en traitement à Sainte-Marie ; il ne tarda pas à aller beaucoup mieux, mais, malgré la perspective d'être libéré prochainement, le besoin de liberté le prit avec tant de force qu'il arrêta un plan d'évasion. Ayant recueilli un fragment de fer, il en fit un tourne-vis ; il couchait dans une chambrée à trois ; l'un de ses compa-

gnons, paralytique, était incapable de l'inquiéter; l'autre, catarrheux, dormant mal, était à craindre. Au milieu de la nuit, il s'habille et se met à dévisser la serrure; il profitait, pour ne pas être entendu, des moments de toux bruyante du catarrheux! ce n'était déjà pas si bête; Enfin, le voilà dehors; il se promène en attendant que le jour arrive; puis il entre dans une droguerie, achète un peu d'acide sulfurique et gagne la campagne; senl, il se barbouille la figure avec son vitriol, pour se rendre méconnaissable; enfin, il prend le chemin de fer dans un sens opposé à celui de son pays. Mais bientôt les brûlures le font souffrir, la faim se fait sentir; n'ayant plus d'argent, il descend à une station et va se livrer aux autorités locales. Prévenu par une dépêche, je fus l'y chercher; pendant le voyage, il fut charmant et spirituel; c'est lui-même qui m'a donné tous ces détails. Peu de temps après, il sortait guéri.

Plusieurs malades ont essayé de fabriquer des rossignols avec des morceaux de fil de fer, sans grand résultat. Il n'en est pas de même des barreaux de fer, qu'on tord assez facilement avec un bon bâton entouré d'étoffe. Une fois le fugitif dehors, que devient-il? Notons d'abord deux faits: contrairement à ce qui arrive pour les malfaiteurs, l'aliéné a bien rarement des connivences à l'extérieur, pas de compérage, pas d'affiliation, souvent pas d'argent, plus souvent encore presque nu, ou tout au moins dans un costume hétéroclite, pas de papiers, se trouvant dans un pays qui, par suite de circonstances, peut lui être parfaitement inconnu, le ventre creux, exposé en outre à être repris (ce qui arrive) par suite de son *habitus* insolite et de ses réponses excentriques. Malgré tant d'*impedimenta*, on en a vu parcourir d'énormes distances, vivant de mendicité, couchant dans des hangars, sans être aucunement arrêtés, et retourner chez eux, après maintes marches et contre-

marches, ou bien finalement être arrêtés ; ils sont alors reconduits à l'asile, sans trop savoir raconter où ils ont passé et ce qui leur est arrivé. Leur force de résistance est énorme ; ils marchent par tous les temps, quelquefois même fort vite et vivant à la diable ; quelques-uns se rendent dans leur famille, où leur arrivée intempestive ne fait pas toujours suggérer l'idée de tuer le veau gras. Les célibataires campagnards trouvent à s'employer dans les fermes, si la saison le comporte ; là, ils sont généralement accueillis avec humanité et on ne se presse pas de les dénoncer. Les célibataires urbains se réfugient dans quelque recoin ou dans quelque retero, où ils laissent passer dans le silence l'effervescence qu'a produite leur fuite. Quelques-uns disparaissent à jamais, sans qu'on puisse savoir ce qu'ils sont devenus. Ont-ils péri ? ont-ils émigré ? Mystère.

Dans l'espace de plus de vingt ans, je n'ai eu que quatre évasions de femmes ; comme je l'ai dit plus haut, les hommes sont en plus grand nombre, ce qui tient à leur nature moins casanière que celle des femmes, à leurs goûts plus exigeants, à leurs vêtements plus commodes pour les escalades, à leurs emplois à l'extérieur plus favorables aux fuites, à la perspective de se tirer plus facilement d'affaire dehors, à leur plus grande force physique, à leur habileté manuelle, etc.

Peut-on reconnaître, à certains indices, qu'un malade médite une évasion ? Rien n'est plus difficile ; et il en est, de ceci, comme des suicides, on y est trompé ; ce ne sont pas de ceux qui le prennent de haut et mènent beaucoup de bruit dont il faut le plus se défier, mais plutôt des sournois, des isolés, des silencieux, des effacés ; c'est encore la fable « du Coq et du Chat ». Avec beaucoup d'habitude de ses malades, l'aliéniste sagace aura une sorte d'intuition, résultant d'une expérience de longue date, qui l'incitera à se défier de celui-

là; tout un petit groupe de faits presque insignifiants isolément, observés sur le même individu, le confirmeront dans ses doutes. Si certains aliénés, en s'échappant, obéissent soit à un projet longuement préparé, soit à une hallucination sensorielle, manifestation de leur délire, il en est d'autres chez lesquels l'idée impulsive est instantanée, comme à la suite de certaines phases névropathiques ; et d'autres enfin qui, sans y avoir songé préalablement, trouvent une occasion superbe et, ma foi, en profitent.

Comment prévoir toutes ces conjonctures ? et comment y obvier ? Les maisons de santé ne sont et ne doivent pas être des prisons; elles ne peuvent être emmurailles, fortifiées, gardées extérieurement, à main armée, comme ces dernières ; l'aliéné est un malade et non un criminel ; on ne saurait, sans sortir du point de vue humanitaire et thérapeutique, employer le rigorisme et les moyens coercitifs, dont on peut faire usage dans les maisons de force. Évidemment doit-on exercer une surveillance étroite et soutenue à l'égard des malades reconnus absolument dangereux ; pour les autres, une prudence, poussée si loin, deviendrait de la cruauté ; d'ailleurs, il est bon nombre de malades qu'on amadoue facilement avec quelques douceurs, telles que : tabac, pour les hommes ; friandises, pour les femmes, et surtout pas de rigueur intempestive, pas de menaces ; toujours des paroles conciliantes.

Un asile a tout intérêt à s'opposer aux évasions; car il peut en résulter pour lui les conséquences les plus graves. En effet, il s'expose à des dommages-intérêts, à des poursuites judiciaires, etc.; en tous cas, à des frais plus ou moins élevés pour la recouvrance des évadés, et à des récriminations de la famille.

Terminons cet entretien par le récit d'une évasion extraordinaire :

Le 22 janvier 1889, au soir, on conduisit à Sainte-Marie un nommé G., âgé de quarante-cinq ans, d'un village de la montagne. Son certificat portait que, depuis quelques semaines, il donnait des signes d'aliénation mentale par accès, pendant lesquels il devenait dangereux pour sa famille. C'était un maçon émigrant ; mais, depuis qu'il était marié, il ne bougeait plus ; il avait épousé une femme déjà veuve, et n'en avait point d'enfant. Depuis quelques semaines, il donnait des signes de dérangement par suite de discussions d'intérêts ; il en était venu à croire que sa femme avait aliéné son bien, en allant passer tel acte chez le notaire, à son détriment ; il menaçait sa femme et le village lui-même ; un jour, il échappe à ses surveillants et va se coucher dans la neige ; on eut beaucoup de peine à le faire revenir. L'attestation du maire mentionne qu'il a eu plusieurs fois des accès de folie furieuse et qu'il a menacé de tuer sa femme. Certificat du Dr Bouyon, qui connaît le malade depuis longtemps : « Intelligence assez obtuse ; depuis quelque temps, accès de folie furieuse, cherchant à tuer sa femme ; aujourd'hui même, il me disait que c'était un sort jeté sur lui, et qu'il fallait qu'il la tue. » Deux parents se sont chargés de le conduire à Sainte-Marie ; ce n'a pas été chose facile ; à peine dans la voiture, il s'en échappe ; on le reprend et on l'attache ; il trouve moyen de faire user ses liens à la roue et se retrouve encore libre. Ses gardiens le sermonnent tant et si bien qu'il les suit enfin docilement. Il arrive à Clermont à sept heures du soir ; le frère qui le reçoit lui pose quelques questions auxquelles il répond avec effort, brièvement, avec l'allure d'un homme concentré qu'on ennuie.

On le rassure, on le fait souper et on le fait coucher dans un dortoir. Mais il ne tarde pas à importuner les dormeurs, en répétant à haute voix : « Jésus, Marie,

Joseph, mis en croix tous les trois; » puis il se lève, erre, s'approche du lit du gardien et le somme de lui ouvrir la porte; sur son refus, il se précipite sur lui; deux malades viennent prêter secours, et le quatnor se démène, jusqu'à ce qu'on en soit devenu maître; il recommence alors sa litanie, à si haute voix que, devenu insupportable, il se laisse porter, sans vouloir faire un pas, dans une chambre d'isolement; il y parle toute la nuit. Cette chambre est située au rez-de-chaussée, donnant au nord sur une ruelle; le jour lui est fourni par une fenêtre carrée, placée très haut, fermée par des vitres, mais aussi par un quadrillage de fer solide, quoique moins formidable que des barreaux, enfin une toile métallique, le tout intact. Le lendemain matin, nous le trouvâmes endormi; l'ayant réveillé, il ne répondit à aucune question, il resta immobile et silencieux; la physionomie était calme, comme absorbée, les traits rendus énergiques par l'abondance et le foncé de ses cheveux et de sa barbe; lui ayant tâté le pouls, examiné le corps, il se laissa faire comme une statue; ne voulant pas l'irriter par trop d'insistance, nous remîmes l'interrogatoire au lendemain, et nous engageâmes les surveillants à le laisser tranquille. Il ne voulut pas se lever, aussi remporta-t-on ses habits; il déjeuna; mais, le soir à cinq heures, quand on lui porta son dîner, il le refusa. A six heures et demie, on revint le voir pour lui demander s'il n'avait besoin de rien... l'oiseau avait déniché! En effet, il avait grimpé à la petite fenêtre, enlevé la barre de bois de fermeture, s'en était servi pour faire sauter, par pression de levier, deux ou trois losanges du fer réticulé, ouvert largement la toile métallique, en recoquillant circulairement les fils, le tout avec les doigts, et était sorti, les bras en avant, la tête première, comme un chat qui descend, sans se rendre compte si le terrain était plus ou moins bas; il n'avait d'autre

vêtement que sa chemise; il gelait fort et tout était couvert de neige. Il prend sa course du côté des montagnes, son pays, traverse au galop le bourg de Chammalières, au grand ébahissement des habitants, gagne la grand' route, où on retrouve ses traces sur la neige; dans ces traces, il y a du sang; il se sera blessé au pied en marchant sur quelque tesson; on constate qu'il s'est assis plusieurs fois pour reprendre haleine; à un moment donné, il croise deux conducteurs de bestiaux qui n'en peuvent croire leurs yeux. Parvenu au village de la Baraque, il entre dans une maison, demande un pantalon et un tricot; mais, entendant prononcer le mot « garde-champêtre », il s'évapore de nouveau et gagne le col des montagnes; dans ces hautes régions, le froid y est fort vif et notre fugitif est toujours en costume adamite.

Cependant quinze personnes de l'établissement se sont mises à sa poursuite, munies de lanternes, véritable chasse de nuit; on relève les traces indiquées plus haut; arrivés à la Baraque, les traqueurs s'adjoignent une partie des habitants, et on recommence; mais bientôt, on perd sa trace dans un bois, et les accumulations de neige rendent cette excursion fort périlleuse; d'ailleurs, les hommes sont exténués et transis. Ils reviennent à la ville. Le lendemain, deux militaires ont trouvé le corps du malheureux fugitif vers le col des Goules; en effet, après avoir relevé quelques traces sur la neige, le corps apparut, au bord d'un immense champ de genêts, à trois heures de Clermont, au pied du mont Sarcouy; il était couché sur le dos, dans la neige, le bras gauche replié sur la poitrine, le droit étendu, la jambe gauche étendue, la droite repliée sous la gauche; à l'une des jambes, des contusions et un peu de sang. L'homme avait été foudroyé par la mort, pendant qu'il fuyait toujours; car, s'il l'eût sentie venir, on l'aurait probable-

ment plutôt trouvé accroupi, recroqueillé sur lui-même, ou caché dans les genêts pour échapper au froid. Il a été enterré dans la commune.

D'autre part, la voiture de l'établissement était aussi partie, se dirigeant vers le domicile du fugitif ; après un voyage très pénible de plusieurs heures, ils atteignirent le hameau d'origine de G... ; ils y furent très mal reçus ; on leur reprochait d'avoir maltraité le malade, ce qui l'avait déterminé à fuir ; l'attitude de la population, surtout des femmes, devint tellement menaçante, qu'ils durent battre prudemment en retraite.

Quelle énergie, quelle force de résistance n'a-t-il pas fallu à ce malheureux malade pour accomplir une évasion aussi extraordinaire ? Comment a-t-il pu résister, presque nu, sans avoir mangé, à un froid qui était vif à Clermont et qui devait être sibérien dans les montagnes ? Comment a-t-il pu exécuter, pieds nus, 12 kilomètres de montée par une nuit noire et en si peu de temps ? Il n'y a qu'un état de frénésie transitoire qui puisse expliquer un si prodigieux développement de force à un moment donné.

---

## Revue critique.

---

LA RESPONSABILITÉ DES ALCOOLIQUES

AUX ÉTATS-UNIS

Par le Dr A. CULLERRE.

L'influence de l'alcoolisme sur la criminalité et les problèmes médico-légaux qu'elle fait naître à chaque pas préoccupent à bon droit les médecins et les légistes de tous les pays civilisés. En France, la loi ne présente aucune disposition formelle qui vise l'alcoolisme dans ses rapports avec la responsabilité pénale, ce qui écarte tout conflit entre la médecine et la jurisprudence. Si un alcoolique, dans un accès de délire aigu ou subaigu, commet un crime; si un dipsomane, dans une de ses crises périodiques, se rend coupable d'un délit, le médecin expert pourra établir l'irresponsabilité du prévenu sans qu'on lui objecte que le trouble mental de l'alcoolique n'est pas assimilable à la folie ordinaire, parce qu'il est le résultat d'un vice ou d'un acte volontaire. Il n'en est pas de même aux États-Unis, où la législation comporte une sorte de parti pris contre l'alcoolisé. Aussi étudie-t-on avec ardeur, dans ce pays, les questions médico-légales que soulève l'intempérance sous ses divers aspects.

A la fin de 1887, la Société de médecine légale de New-York ayant mis à son ordre du jour la *responsabi-*

*lité des alcooliques*, les communications affluèrent : médecins, avocats, magistrats, clergymen, tinrent à dire leur mot dans cet important débat. Ce sont ces mémoires réunis en un volume sous le titre: *Medical jurisprudence of inebriety*, dont nous voudrions donner ici une rapide analyse.

I. — Divers auteurs, et en particulier M. Clark Bell, du barreau de New-York, exposent dans quels rapports se trouvent actuellement l'alcoolisme et la législation aux États-Unis.

Au *civil*, l'alcoolique est considéré par la loi comme un inconscient, un incapable, un aliéné d'une espèce particulière. Un individu sous le coup de l'intoxication, qu'elle soit ou non volontaire, ne peut se lier valablement par un contrat ni faire aucun acte concernant ses intérêts privés. Il ne peut être témoin ; s'il se marie, le contrat peut être invalidé. De nombreux États ont inséré dans leurs codes ce principe que l'État a le droit de prendre en mains la tutelle des ivrognes et d'exercer, dans leur intérêt, un contrôle étroit sur leur personne et sur leurs biens.

Au *criminel*, cet aliéné devient, au contraire, un responsable au premier chef. La loi considère que l'alcoolique n'est tel que par sa volonté, et que, par conséquent, son état d'intoxication ne saurait lui servir d'excuse. Bien plus, il existe des décisions qui déclarent que, pour l'individu qui a commis un crime, le fait d'avoir été en état d'ivresse au moment de l'acte est une aggravation de culpabilité. C'est aussi le point de vue anglais, ainsi que le fait observer M. Anthony D. Dyett. On retrouve, dès le règne d'Édouard VI, dans la jurisprudence de ce pays cette maxime que tout individu qui a tué étant en état d'ivresse doit être pendu, quand même il n'aurait pas eu conscience du meurtre qu'il a commis, parce que c'est volontairement qu'il s'est enivré. En 1767, lord Mansfield disait encore, à la Chambre des lords, que l'ivresse ne saurait servir d'excuse à un attentat, car elle est elle-même un crime.

Voici en quels termes le Code pénal de l'État de New-York traite de la responsabilité des alcooliques :

« En aucun cas, un acte commis par une personne en état d'intoxication ne sera considéré comme étant moins criminel en raison de cette circonstance. Mais si l'existence, au moment de la perpétration, d'un but particulier, d'un motif ou d'une intention est nécessaire pour constituer une espèce ou un degré particulier de crime, le jury peut, pour déterminer le but, le motif ou l'intention qui a guidé l'accusé dans l'exécution de l'acte, prendre en considération le fait qu'il était intoxiqué à ce moment. »

Cet article ouvre la porte à des atténuations de culpabilité qu'il serait trop long d'énumérer, et permet au jury une certaine indulgence pour les alcooliques dont l'intelligence est lésée sans cependant qu'ils soient en proie à une attaque de delirium tremens ou en état de folie caractérisée, seuls cas où l'intoxication alcoolique soit reconnue par les Cours comme étant une maladie.

Dans les États où cette disposition n'a pas été adoptée, le degré de culpabilité de l'alcoolique et l'application de la peine sont, en somme, à la discrétion du juge. Or, cela est mauvais, cela est injuste, dit M. Clark Bell, car l'arbitraire du juge n'est qu'une forme de la tyrannie. Il faut réformer cette iniquité, et le premier pas à faire dans cette voie, c'est de reconnaître, avec la science, que l'alcoolisme est une *maladie*.

Ce point de départ des modifications à opérer dans la législation concernant les alcoolisés est accepté par les auteurs de toutes les communications contenues dans le volume, avocats, médecins, clergymen eux-mêmes. L'élément judiciaire seul semble peu goûter cette *opinion médicale*. Qu'importe, dit un ancien juge, M. Noah Davies, que l'alcoolisme soit ou non une maladie ? Une maladie ne peut jamais excuser un crime. Un phtisique au troisième degré qui en aura commis un sera pendu, tout comme un individu bien portant. Si c'est sous l'influence du toxique que les alcoolisés commettent des actions criminelles, raison de plus pour que la société rende la loi plus sévère à leur égard. Que l'état d'ébriété puisse servir d'excuse, et tous les assassins auront soin de s'enivrer avant de commettre leur attentat. La loi telle qu'elle est tient suffisamment compte de la maladie alcoolisme comme de toutes les autres maladies dans

l'appréciation du degré de culpabilité des individus. Lorsqu'il est prouvé que l'accusé ne savait pas ce qu'il faisait, était, en un mot, aliéné au moment de son crime, elle l'excuse, que son aliénation provienne d'intoxication alcoolique ou d'une autre cause.

Moins intransigeant et plus logique, M. Austin Abbot veut qu'avant de changer la loi, on modifie les institutions, de crainte qu'en voulant aller trop vite dans la voie des réformes on ne nuise à leur prompte réalisation. Il suppose l'un des médecins qui ont proclamé l'irresponsabilité des alcooliques investi, pendant une nuit seulement, de la charge d'assurer la sécurité de la ville de New-York. Donnerait-il à ses agents la consigne de relaxer tous les criminels arrêtés en puissance d'alcoolisme? Il ne pourrait le faire, quelles que fussent ses opinions, parce que la société a le droit d'être protégée, même contre les alcooliques; il n'aurait donc d'autre alternative que de les envoyer en prison. C'est pourquoi M. Abbot voudrait qu'on créât d'abord des hospices spéciaux pour les alcoolisés, après quoi la magistrature opposerait sans doute moins de résistance aux revendications médicales.

Cette fin de non-recevoir de certains magistrats, et en général de certains esprits cultivés vis-à-vis des données irrécusables de la science, devient rare, il faut en convenir, en France tout au moins, où nous avons pu entendre récemment le Premier Président de la Cour suprême déclarer que les magistrats n'accepteront pas sans déplaisir le cadeau que leur offre la nouvelle loi sur les aliénés actuellement en discussion. Cependant, n'est-ce pas hier aussi qu'on pouvait découvrir dans un journal sérieux (1), rendant compte du Congrès international de médecine mentale de Paris, cette perle rare que mes lecteurs me permettront d'enchâsser ici : « L'incompétence du magistrat, d'un homme de jugement sain et doué de bon sens, peut être parfois préférable à la compétence inquiète de l'homme de l'art? »

Mais revenons à l'alcoolisme. Le Dr Norman Kerr, de Londres, propose un moyen d'entente entre l'élément

---

(1) Le *Temps*, 22 septembre 1889.

médical et l'élément judiciaire. Il voudrait qu'une commission de légistes et de médecins compétents introduisit, dans le groupe confus des états relevant de l'alcoolisme, des distinctions nécessaires, et indiquât dans quels cas la responsabilité subsiste, dans quels cas elle est supprimée.

II. — Telle est, en effet, la vraie question. C'est ainsi que l'ont comprise la plupart des membres de la Société.

Le Dr Norman Kerr lui-même indique quels sont les alcoolisés dont la responsabilité morale est modifiée. En premier lieu, il est des individus qui ne peuvent se soustraire au penchant qui les pousse dans l'intoxication. Ce sont des névropathes héréditaires dont la liberté morale est lésée avant même qu'ils aient fait le moindre excès alcoolique. Puis viennent ce que l'auteur appelle *l'alcoolisme de la folie* et *la folie de l'alcoolisme*, c'est-à-dire la dipsomanie et le *delirium tremens*. En dernier lieu, la *mania a potu* ou ivresse pathologique est assimilable, à tous les points de vue, à la manie épileptique. En faveur des malades qui appartiennent à ces diverses catégories, la loi doit être modifiée; ce sont des soins et non des châtiments qui leur conviennent.

Le Dr Hughes insiste spécialement sur le cas des héritaires. Il est des alcooliques qui sont poussés par une force irrésistible à faire des excès de substances toxiques. Victimes d'une hérédité névropathique accumulée, ils viennent au monde avec, si l'on peut dire, l'instinct de l'alcool. Est-ce que cette tare héréditaire, qui, dans le cas actuel, fait un intempérant, qui fera dans un autre un fou, dans un troisième un épileptique, dans un quatrième un paralytique, ne devrait pas entrer en ligne de compte quand il s'agit d'apprecier la responsabilité morale d'un alcoolisé?

Malgré quelques restrictions purement théoriques, le révérend W. Tucker lui-même soutient qu'on ne saurait ne pas tenir compte de ce fait, que l'alcoolisme des parents influe sur la descendance. La responsabilité de cette dernière doit être exactement mesurée à son degré de dégénérescence, étant donné qu'on n'est obligé qu'à ce dont on est capable.

Le Dr Edward Mann signale à son tour dans quelle large mesure la dipsomanie vraie modifie profondément la responsabilité morale de l'intempérant. Pour lui, le vrai dipsomane est assimilable à l'épileptique, et le même critérium médico-légal doit lui être appliqué. On doit le considérer comme irresponsable pour les actes commis avant, pendant et après l'accès. Même dans ses intervalles de sobriété, il n'est pas comme tout le monde, au point de vue mental, et sa responsabilité est modifiée.

Le Dr Baker s'attache à démontrer que, dans l'alcoolisme chronique, les facultés intellectuelles et morales s'affaiblissent peu à peu, que la volonté se paralyse progressivement et que l'ivrogne en arrive à n'avoir plus le contrôle de ses actes. Les alcoolisés chroniques forment une catégorie à part. On les envoie en prison, et, le lendemain de leur sortie, ils recommencent. Évidemment ces individus devraient être soumis à une législation particulière. La prison ne les guérissant pas c'est à un hôpital spécial qu'il convient de les envoyer avec toutes les garanties qu'exige la sécurité publique.

Enfin, le Dr Crothers, embrassant la question dans son ensemble, indique la voie à suivre dans l'étude médico-légale de l'alcoolisme. Au point de vue juridique, c'est le crime qu'on étudie d'abord ; au point de vue médical, cet ordre est renversé. On doit commencer par s'enquérir des antécédents héréditaires de l'accusé, de son propre passé cérébral ; de l'origine, de la durée et du caractère de l'impulsion ébrieuse ; ce n'est qu'en dernier lieu qu'on doit étudier la nature, le caractère et les circonstances du crime, qui ne font, le plus souvent, que confirmer les constatations déjà faites. Le crime et l'intoxication ne sont ordinairement que deux symptômes connexes d'un état maladif ou dégénération où la doctrine du libre arbitre n'a rien à voir. Il est quelques remarques générales qu'il ne faut pas perdre de vue dans l'étude approfondie de l'alcoolisme chez un criminel : 1<sup>o</sup> le fait de s'alcooliser est par lui-même une preuve d'une intelligence plus ou moins déséquilibrée ; 2<sup>o</sup> dans nombre de cas, les excès toxiques ne sont que le symptôme d'une affection cérébrale ou psychique à sa période d'incubation ; 3<sup>o</sup> l'association du crime et de l'alcoolisme est l'indice presque certain d'un état mental

morbide; 4° il y a de grandes probabilités pour que l'individu qui s'enivre pour se donner le courage de commettre un crime appartienne à une des plus dangereuses variétés de la *manie raisonnante*.

Ce dernier aphorisme, d'ailleurs si plausible, prouve une fois de plus quelles divergences profondes séparent le camp judiciaire et le camp médical dans ces délicates matières.

Pour prouver que l'ivresse aggrave bien la culpabilité d'un criminel, loin de l'atténuer, le juge Davies invoqua précisément, dans la discussion, l'exemple de l'assassin écossais Burke.

« Cet assassin célèbre, rappelle-t-il, expédiait ses victimes d'après un procédé qui a gardé son nom. Dans ses confessions, il avoua que jamais aucun des nombreux meurtres qu'il avait commis ne lui avait fait éprouver le moindre remords. Une fois cependant, il avait pris dans ses bras un enfant qu'il allait étouffer, quand le pauvre petit se mit à le regarder avec un sourire. — Me sentant faiblir, dit-il, je pris un grand verre d'eau-de-vie et retrouvai aussitôt tout mon calme. »

M. Crothers aurait pu répondre qu'aucun exemple ne pouvait être plus favorable à sa thèse, et que non seulement le fait de boire de l'eau-de-vie pour se donner du courage, mais encore surtout celui de tuer ses victimes d'après un procédé invariable constituait une forte présomption en faveur de la nature pathologique des mobiles auxquels obéissait l'assassin.

Cette rapide revue ne donne qu'une idée bien incomplète des nombreux points de vue auxquels se sont placés les auteurs des communications. Ce qui frappe surtout dans la lecture de ces notes courtes, mais en général substantielles, c'est le sentiment profond qu'ont les médecins américains de la nature morbide du terrain sur lequel fleurit l'alcoolisme et du rôle capital que joue la dégénérescence dans les problèmes médicaux et sociaux que soulève à chaque pas cette plaie des nations modernes.

### III. — Puisque les pénalités ordinaires ne sont pas applicables aux alcooliques, quelles mesures convient-il

de prendre à leur égard et, d'une façon générale, comment combattre et même extirper l'alcoolisme? En d'autres termes, en quoi doivent consister le traitement social et la prophylaxie de l'alcoolisme?

Selon le Dr N. Kerr, le plan le plus sage serait de séquestrer les alcooliques criminels dans des institutions hospitalières *ad hoc* et de les y maintenir jusqu'à ce qu'ils eussent donné des garanties d'une solide guérison. Quant à ceux qui seraient reconnus incurables, ils devraient être séquestrés à perpétuité, à l'abri de tous les excitants qui les ont conduits dans la voie du crime.

Il voudrait, en outre, que les alcoolisés impénitents fussent privés de leur capacité civile, afin de mettre leurs familles à l'abri des dispositions spoliatrices qu'ils prennent si souvent à leur égard, en raison de leurs sentiments moraux pervertis et de leurs idées de persécution chimériques.

Au nom de l'intérêt social, le Dr E. Mann est d'avis que, pour la préservation des générations futures, la loi, aussi bien que l'opinion publique, devrait s'opposer au mariage des alcooliques.

Pendant des générations, dit le Dr Baker, on a puni l'ivrognerie par l'amende et la prison, et l'armée des alcoolisés n'a fait que s'accroître. Au congrès international des prisons de 1871, il a été prouvé que pas un ivrogne sur mille n'a été corrigé par la prison. En 1879, l'État de Massachusetts a infligé l'amende et l'emprisonnement à plus de 17,000 alcoolisés, sur lesquels 16,000 avaient déjà subi des condamnations analogues. Dans l'État de New-York, sur 56,000 alcooliques poursuivis, moins de 1,000 en étaient à leur première affaire. A Deer's Island, près de Boston, un individu a été condamné soixante-dix fois pour ivresse, et on pourrait citer de nombreux individus ayant subi de vingt à deux cents poursuites pour le même motif. L'expérience n'est-elle pas suffisante? Aussi l'auteur demande-t-il, comme les précédents, la création d'hôpitaux pour ivrognes, avec une organisation et une législation analogues à celles des asiles d'aliénés. Ces hôpitaux devraient être installés à la campagne, entourés de fermes, pourvus d'ateliers et munis d'un service médical bien organisé.

Chaque comté devrait posséder une sorte de Workhouse de ce genre, sur lequel les alcooliques délinquants seraient dirigés.

A son avis, les expériences déjà faites dans cette voie par l'initiative privée sont concluantes. En traitant méthodiquement l'alcoolisme par l'hospitalisation obligatoire, on arriverait à ce résultat, non seulement d'améliorer les ivrognes, mais encore de protéger la société et de préserver les générations futures de l'abattement qui résulte de l'alcoolisme des parents.

M<sup>me</sup> Lucy M. Hall, docteur en médecine, apporte à l'appui de ces idées l'expérience qu'elle a acquise dans les prisons de femmes. Chaque bateau qui transporte à Blackwell's Island son chargement d'ivrognesses avilis est une protestation contre la loi actuelle. Les neuf dixièmes de ces misérables, à peine libérées, repartiront devant « Son Honneur » dans le délai strictement indispensable à une nouvelle débauche. Il est absurde de ne pas reconnaître l'irresponsabilité au moins partielle des alcoolisés. La société, en partie coupable de leur abjection, devrait les traiter sans colère, non comme des coupables, mais comme des êtres faibles qui ont droit à être protégés.

En résumé, les membres qui ont abordé cette question s'accordent pour réclamer la séquestration légale des alcooliques dans des hôpitaux organisés sur le modèle des asiles d'aliénés.

Au point de vue de la prophylaxie, nous nous trouvons en présence d'avis moins unanimes et surtout moins pratiques.

Le premier moyen proposé pour l'extirpation de l'alcoolisme est la prohibition absolue de l'alcool. Tout le monde s'entend au moins sur ce point, dit M<sup>me</sup> le Dr Mary Weeks Burnett, que la cause immédiate de l'alcoolisme est l'alcool : supprimons-le donc, et nous supprimerons en même temps toute cette phraséologie ridicule que nous venons d'entendre, toutes ces puériles discussions sur la responsabilité des intempérants, toutes ces distinctions vaines entre l'intoxication volontaire ou non, la dipsomanie, le delirium tremens, la folie alcoolique et autres subtilités relatives à l'état mental des alcooliques.

L'énergie toute radicale de ces opinions féminines n'a pas empêché quelques objections sérieuses de se faire jour. Et d'abord le Dr Holcombe hasarde que l'alcool en soi n'est pas une mauvaise chose, qu'il rend même des services à l'humanité et qu'on aurait fort à faire si l'on voulait proscrire toutes les substances utiles dont l'abus est nuisible.

Pourquoi ne pas prohiber aussi la morphine, le haschich, l'opium, l'éther, le thé, le café, avec lesquels tant de gens s'empoisonnent? fait observer une autre femme docteur, M<sup>me</sup> Lucy M. Hall.

D'ailleurs, remarque le Dr Shepard, aussi longtemps qu'il y aura demande d'alcool, il y aura offre, et la prohibition n'aura d'autre effet que de rendre clandestines et la fabrication et la consommation de la liqueur incriminée. On ne décrète pas la tempérance. C'est ne regarder que la superficie des choses que de ne pas apercevoir les racines profondes que l'alcoolisme plonge au sein de l'humanité.

« Madame, disait Samuel Johnson dans une conversation sur l'intempérance, je puis m'abstenir, mais non me modérer. » Que de milliers de gens qui ne peuvent faire ni l'un ni l'autre!

Pourquoi donc les hommes s'enivrent-ils ? se demande M<sup>me</sup> Lucy M. Hall; et elle est obligée de constater que, le plus souvent, c'est par suite d'un appétit morbide d'autant plus impérieux que le buveur s'éloigne davantage de son premier verre. C'est encore en raison d'une impulsion irrésistible héréditaire, ainsi que l'ont établi de nombreux membres dans leurs communications ; enfin, c'est aussi une question de race et de conditions sociales.

Les habitants des États-Unis appartiennent en majorité aux races du Nord, qui ont naturellement un penchant inné pour les excès bacchiques. Mais l'intensité de vie des Américains et le surmenage qui en résulte pour leur système nerveux, dit le professeur Edward P. Thwing, en même temps que la disparité des climats sous lesquels ils sont appelés à vivre, les ont profondément différenciés de leurs frères anglais et leur ont fait perdre cette résistance aux boissons fermentées qui rend ces derniers presque réfractaires à l'intoxication.

C'est aux États-Unis, suivant le même auteur, qu'a pris naissance l'alcoolisme en tant que maladie distincte de l'ivrognerie. La nervosité de l'Américain est telle qu'il « allume le gaz avec ses doigts et prédit à coup sûr un orage aux sensations qu'il éprouve dans ses os endoloris. Il est né dans une bousculade, il vit dans une bousculade, meurt dans une bousculade et c'est au trot qu'on le conduit au cimetière »!

Il semble donc que l'extirpation de l'alcoolisme soit une utopie. Ce n'est pas cependant qu'il n'y ait rien à faire dans cette voie. En Illinois, dit M. Noah Davies, il y a une ville de 10,000 habitants du nom de Pullman. Dans cette ville, qui est entièrement sous l'autorité de la compagnie qui l'a fait construire, il n'y a ni un débit de boissons, ni un ivrogne, ni un pauvre. Évidemment on ne peut songer à imiter partout les administrateurs de la ville de Pullman dans leur prohibition absolue; mais entre cette dernière et les dix mille débits de New-York, il devrait y avoir un juste milieu.

Après la prohibition, le moyen qui paraît le plus expédié à divers membres pour l'extirpation de l'alcoolisme est l'éducation; mais aucun n'étant sorti des généralités, nous serions fort en peine de faire connaître quelles réformes particulières sont méditées, à ce sujet, de l'autre côté de l'Atlantique. « L'homme, dit le révérend W. Tucker, n'est pas seulement soumis à la loi d'hérédité, mais aussi à la loi de variation et à la loi de progrès. Il est en conséquence possible pour les faibles de devenir forts, pour les malades de revenir à la santé, pour les ignorants d'être instruits, pour les criminels d'être amendés, pour les pécheurs d'être sauvés. » Ainsi soit-il, mais comment? L'éloquence est une belle chose, mais le moindre grain de mil, je veux dire quelques indications précises et terre à terre eussent bien mieux fait notre affaire; car c'est une bien grosse question que la prophylaxie de l'alcoolisme, et qui ne se résoudra pas par des phrases, si nous en jugeons par les résultats obtenus jusqu'ici par la persuasion et la propagande des sociétés de tempérance.

---

---

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

SÉANCE DU 29 JUILLET 1889.

**Présidence de M. FALRET.**

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

MM. les D<sup>rs</sup> Cabred, médecin de l'asile d'aliénés de Buenos-Ayres, et Bettencourt Rodrigues, médecin de Lisbonne, assistent à la séance.

*Correspondance et présentations d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

1<sup>o</sup> Une lettre de M. le professeur Ball, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

2<sup>o</sup> Une lettre de M. le Dr J. Morel (de Gand), informant la Société que les délégués de la Société de médecine mentale de Belgique au Congrès international de médecine mentale sont : MM. Lefebvre (de Louvain), Peeters (de Gheel), Morel (de Gand), et Semal (de Mons) ;

3<sup>o</sup> Une lettre de remerciements de M. Coutinho, nommé membre associé étranger dans la dernière séance ;

4<sup>o</sup> Une lettre de M. Salgò, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Buda-Pesth (Hongrie), sollicitant le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Falret, Magnan, et Ritti, rapporteur ;

5<sup>o</sup> Une lettre de M. le Dr Hadjès (de Smyrne), sollicitant le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Bouchereau, Paul Garnier, et Marandon de Montyel, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend : les derniers numéros de la *Revue d'hypnotisme*.

M. CHRISTIAN présente, au nom de M. Ritti et au

sien, le *Rapport sur le service médical de la maison nationale de Charenton pendant la période décennale 1879-1888*.

M. BETTENCOURT RODRIGUES fait hommage à la Société du dernier numéro de la *Revista de neurologia et psychiatria*, publiée à Lisbonne sous sa direction.

*Automatisme ambulatoire chez une hystérique, avec crises de sommeil. — Dédoubllement de la personnalité.*

M. JULES VOISIN. — L'observation qui est l'objet de cette communication est relative à une femme hystérique qui a, pendant la journée, des crises de sommeil précédées quelquefois de vertiges et de fugues inconscientes, d'automatisme ambulatoire.

Chez cette malade, la fugue a toujours été suivie d'un sommeil prolongé; jamais elle n'a été consécutive à ce sommeil. Pendant ce sommeil, la malade entend ce qu'on dit autour d'elle, mais elle est dans l'impossibilité absolue de parler ou d'agir. A son réveil, elle se rappelle tout ce qu'elle a entendu pendant ce sommeil léthargique lucide, mais elle n'a aucun souvenir de ce qu'elle a fait pendant sa fugue et elle ne sait comment sa fugue s'est produite. Je suis parvenu à le savoir en employant le sommeil provoqué. Dans cet état de somnambulisme artificiel, j'obtiens tous les détails relatifs au somnambulisme naturel et je m'explique le dédoublement de sa personnalité.

Voici d'ailleurs cette observation :

OBSERVATION recueillie par Christian Ehrhardt, interne provisoire.  
Hystérie. Hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle. Céphalalgie. Crises de sommeil. Automatisme ambulatoire. Dédoubllement de la personnalité. Guérison par l'hypnotisme.

La nommée M..., âgée de trente-six ans, journalière, vient à la consultation externe de la Salpêtrière.

Antécédents héréditaires. — Aucun antécédent nerveux du côté des grands-parents.

Mère, sujette aux migraines et aux crises gastralgiques.

Père, était bien portant.

Sœur, bien portante.

*Antécédents personnels.* — Pas de convulsions dans le bas âge.

Première dent à huit mois, a marché à un an ; à dix ans, fièvre typhoïde ; depuis cette époque, maux de tête fréquents, s'accompagnant d'envies de dormir, principalement après une tension d'esprit un peu prolongée. Rougeole à douze ans. — Réglée à dix-sept ans.

Un mois après ses premières règles, étant de nouveau réglée, elle apprend la mort de son père, ce qui lui cause un grand chagrin, suspension des règles durant huit mois.

Elle éprouve alors pour la première fois des symptômes nerveux, crises d'étouffement, sensation de boule qui lui monte à la gorge et l'étrangle, toux nerveuse spasmodique ; de plus, l'état général est précaire, grande tristesse, anorexie, insomnie presque absolue.

Depuis, les règles sont revenues, mais ont toujours été irrégulières. Elle demeure souvent deux ou trois mois sans être réglée. En même temps, les crises d'étouffement ont disparu, mais la malade est sujette de temps à autre à des douleurs abdominales siégeant dans la région ovarienne.

Mariée à vingt ans, elle était à cette époque bien portante, aucun accident nerveux. Elle éprouvait seulement de temps en temps des névralgies, plus accusées pendant ses grossesses, qui s'effectuent sans incidents notables, et surtout pendant ses allaitements.

La malade a eu huit enfants, dont cinq actuellement sont vivants et bien portants, aucun d'entre eux n'a eu de convulsions. — Il y a six ans, à l'occasion d'une émotion vive (la perte d'un enfant), la malade a eu une première attaque de sommeil caractérisée de la façon suivante : — Engourdissement, lassitude, sensation de boule lui étreignant la gorge, elle poussait un ou deux soupirs, puis elle perdait connaissance ou plutôt s'affaissait inerte sur un siège. Elle y demeurait plus ou moins longtemps, les yeux fermés, dans un état léthargique pendant lequel elle entendait parfaitement ce qui se passait autour d'elle, mais sans avoir la force de faire un mouvement ni de prononcer une parole.

Lors de la première attaque, le sommeil a duré quatorze heures ; dans celles qui ont succédé, quatre à cinq heures seulement ; elle se réveillait spontanément.

A cette époque, elle a eu, assez régulièrement, pendant deux mois, un accès tous les huit jours en moyenne. Ces accès étaient toujours caractérisés de la même façon ; elle sentait le sommeil venir, sensation de boule, etc., mais elle n'a jamais à cette époque présenté d'automatisme ambulatoire. La malade consulta un médecin, qui lui prescrivit des douches ;

depuis ce temps, plus d'attaques de sommeil, jusqu'à l'année dernière au moment de la mort de son mari. Une seule crise à cette époque.

Au mois d'avril de cette année, la malade éprouva de nouveau une crise de sommeil et dans les circonstances suivantes : elle n'avait pas eu ses règles depuis cinq mois, elle était surmenée par un travail excessif ; le soir, elle était brisée de fatigue. En même temps, elle se préoccupait de l'avenir.

Elle entra alors, pendant quelques jours, dans le service de M. Luys, à la Charité, où elle est traitée par le bromure de potassium à doses modérées. Pendant son séjour dans cet hôpital, elle a encore trois accès de sommeil, auxquels on met fin en lui faisant respirer quelques gouttes de nitrite d'amyle, contenues dans des ampoules de verre fermées à la lampe. A la suite de ces inhalations, la malade se réveille en s'étirant les membres ; mais pendant trois ou quatre heures qui suivent, la tête est lourde, tout travail est impossible. Notons que, pendant quelques jours passés par la malade à l'hôpital, il n'a été fait ni devant elle, ni sur elle, aucune expérience d'hypnotisme ou de suggestion.

Le mardi 7 mai, la malade était sortie de chez elle à sept heures du matin, pour faire une course dans le voisinage ; quand elle s'est trouvée subitement, à onze heures du matin, au cimetière d'Ivry, couchée la face contre terre sur la tombe de son mari ; elle était dans ce moment en plein état léthargique, ayant conscience de ce qui se passait autour d'elle, mais sans pouvoir faire un mouvement, ni prononcer une parole. Des ouvriers du cimetière qui s'en retournaient déjeuner, l'ayant aperçue, la relevèrent et, avec l'aide du gardien, la conduisirent sur un brancard à l'hospice de Bicêtre, où elle se réveilla au bout d'une demi-heure environ ; de là, on la ramena chez elle.

La malade n'avait aucun souvenir de ce qui s'était passé depuis son départ de la maison, le matin à sept heures. — Elle n'était pas allée chez le boulanger ; elle avait dû, pensait-elle, se rendre à pied au cimetière, ainsi qu'elle le faisait souvent à l'état de veille ; son porte-monnaie était intact.

C'était la première fois que cette femme présentait du somnambulisme, elle n'avait jusque-là jamais rien éprouvé d'analogique.

La nuit précédente avait été presque sans sommeil ; elle avait beaucoup pensé à son mari et beaucoup pleuré. Elle se souvient d'avoir à plusieurs reprises, dans la nuit, songé au cimetière. C'est dans le courant du mois de mai que la malade vient nous consulter et nous raconte les faits précédents.

*11 mai. — État actuel.* — Cette femme est intelligente, elle répond avec netteté aux questions qu'on lui pose et semble

d'une entière bonne foi ; à l'examen, le front est moyen, plus découvert à gauche. Légère asymétrie faciale, côté droit moins saillant, oreilles moyennes non lobulées, voûte palatine ogivale, mauvaise dentition. *Point hystéro-gène*, marqué au niveau du *bregma* (clou hystérique) ; *point mammaire droit* ; *point ovarique droit* ; *points au niveau des 3<sup>e</sup>, 7<sup>e</sup> et 10<sup>e</sup> vertèbres dorsales*, *sensibilité très notablement diminuée à droite*. L'ouïe intacte des deux côtés, peut-être exagérée ; vue et goût affaiblis également à droite.

Le champ visuel est rétréci.

Le sens articulaire et musculaire existe, mais diminué.

Diminution de la force musculaire à droite.

Au dynamomètre, 20 kilogr. à gauche et 5 à droite.

La jambe droite tremble pendant la marche.

Cyanose et asphyxie des extrémités des doigts.

Elle laisse fréquemment tomber les objets qu'elle prend, ce qui l'a forcée à interrompre son travail (elle fait des ménages). Pas d'appétit. Langue saburrale, digestions pénibles, selles régulières et quotidiennes. Elle a de fréquentes et impérieuses envies d'uriner. L'urine est claire et limpide, surtout après les crises de sommeil. La malade est impressionnable. Elle rit et pleure sans motifs, mais le fond du caractère est triste. Elle songe constamment à son mari et à ses enfants morts. La nuit, elle a des rêves fréquents : les uns silencieux, *les seuls dont elle garde ordinairement le souvenir après son réveil* ; les autres accompagnés de gestes, de cris, de lambeaux de phrases que lui répètent parfois, le lendemain, les personnes de sa famille. Presque toujours dans ses cauchemars, elle revoit son mari mourant, le cimetière, etc.

Avant de s'endormir, elle voit (et cela depuis longtemps, dit-elle) passer devant ses yeux une foule d'objets qui volent en face d'elle et de bas en haut. Elle éprouve du vertige quand elle regarde dans le vide, du haut d'un escalier par exemple. Elle a un mouvement d'attraction vers le vide ; assez souvent dans la rue, elle est prise d'étourdissements et de vertiges ; elle est alors forcée de s'arrêter, s'appuyant, si elle le peut, sur un arbre ou sur un mur.

Nous prescrivons des douches quotidiennes, régime tonique.

Nous pensons, en raison des phénomènes d'hystérie que présente cette malade, qu'elle doit être facilement hypnotisable et que, dans le sommeil provoqué, elle doit nous rendre compte de ses actes pendant la phase de somnambulisme naturel.

Nous endormons, en effet, la malade par la simple occlusion des paupières avec imposition des pouces durant deux minutes environ. Elle tombe presque immédiatement en léthargie. Pas d'hyperexcitabilité névro-musculaire. Elle passe de l'état de lé-

thargie dans celui de somnambulisme avec une profonde inspiration. Elle reste insensible au souffle sur les bras.

Nous lui enjoignons de dormir vingt minutes, et nous ne faisons pas d'autres suggestions ; elle se réveille spontanément, au bout d'un quart d'heure, gaie, reposée, alerte. Elle accuse un grand bien-être, n'a plus du tout mal à la tête. Quelques jours après, le vendredi 17 mai, la malade était sortie de chez elle, à huit heures du matin, pour aller faire une commission à deux pas de sa maison. Elle s'est retrouvée, le soir, à quatre heures, sur un banc du square Saint-Germain-des-Prés, sans la moindre conscience de ce qui s'était passé depuis le matin. Comme toujours, elle était à ce moment en léthargie lucide et entendait ce qui se passait autour d'elle, mais sans pouvoir sortir de sa torpeur. Reconduite chez elle par les soins du commissaire de police, elle s'est couchée et endormie, et pendant son sommeil elle a raconté à sa sœur qu'elle avait été au cimetière de Saint-Ouen, où un de ses enfants est inhumé ; qu'elle avait demandé au gardien par quelle voie de transport elle pourrait rentrer chez elle, et que celui-ci lui avait indiqué le tramway de la Chapelle avec correspondance à l'omnibus de la gare du Nord, lui recommandant de descendre à Saint-Germain-des-Prés. A son réveil, elle n'en a plus souvenir. Elle dit seulement que, ce jour-là, elle s'était levée le matin avec un léger mal de tête.

La malade est de nouveau endormie par l'occlusion des paupières. Après l'avoir fait passer de l'état léthargique dans celui de somnambulisme, nous l'interrogeons sur l'emploi de son temps, pendant les journées du 7 et du 17 mai.

Elle nous répond avec la plus grande précision.

Elle raconte qu'une fois descendue de chez elle, elle a eu un étourdissement; en même temps, elle a pensé à son mari, au cimetière. Elle n'a dès lors plus eu d'autre idée et s'est dirigée à pied vers le cimetière. Elle voyait venir les passants, les voitures, les évitait machinalement, mais ne se laissait pas distraire de son *idée*.

Elle raconte, d'une façon précise, l'itinéraire exact qu'elle a suivi, lors de chacune de ses attaques d'automatisme ambulatoire. Arrivée au cimetière, lors de la première crise, au square lors de la seconde, elle était prise d'une grande lassitude et se disait : « Je ne pourrai aller plus loin. » C'est alors qu'elle s'asseyait sur un banc ou bien se couchait à terre. Elle éprouvait une sensation de boule qui l'étreignait à la gorge, poussait un grand soupir et passait dans l'état de léthargie, entendant tout ce qui se passait autour d'elle, mais ne pouvant parler ni agir. Il est à noter que ces crises concordent généralement, chez elle, avec des périodes de tristesse et de préoccupation.

Dans cette séance, on suggère à la malade pendant son sommeil de n'avoir plus mal à la tête, d'avoir *de l'appétit*, de se bien porter et de travailler.

Elle revient deux jours après et nous dit qu'elle s'est très bien portée, ne souffre plus de la tête, n'a pas eu de crise. L'état général est beaucoup meilleur.

On l'endort de nouveau, cette fois par la fixation du regard; on lui suggère, lorsqu'elle aura un vertige avec l'idée d'aller au cimetière, de chasser cette idée et de rentrer chez elle, où elle devra dormir une demi-heure sur son lit.

Du 21 au 23 mai, elle s'est endormie trois fois chez elle, chaque fois pendant une demi-heure environ. Comme toujours, ces crises sont précédées de céphalalgie, et, pendant son sommeil, elle entend tout et ne peut bouger.

Le 1<sup>er</sup> juin, la malade revient nous voir, elle se sent très bien; dans l'après-midi, *ayant eu un vertige dans la rue, elle est rentrée chez elle*, s'est couchée sur son lit et a dormi une demi-heure. Elle s'est ensuite réveillée spontanément. Elle prend très régulièrement ses douches et suit bien son traitement. La sensibilité du côté droit a reparu en partie. Les points hystérologènes sont beaucoup moins accusés, la malade reste ensuite treize jours sans avoir de crise.

Le 13 juin, elle s'endort pendant une demi-heure chez elle. D'ailleurs, elle va beaucoup mieux, elle a de l'appétit, travaille bien, n'a plus de tristesse; elle espère qu'elle guérira et a confiance en l'avenir.

Mêmes suggestions que d'habitude. « Elle se portera bien, n'aura plus de vertiges, plus de maux de tête. »

Le mardi 25 juin, la malade s'est trouvée à six heures du soir, chez son beau-frère, à Romainville, sans savoir comment et pourquoi elle s'y était rendue.

Le vendredi 28, elle a eu également un accès de sommeil. Elle a ouvert la fenêtre de sa chambre, ayant les yeux fermés, et s'apprêtait à enjamber la balustrade quand sa mère l'en a empêchée.

Nous l'endormons et nous l'interrogeons sur ce qui s'est passé mardi. Elle répond qu'elle était seule dans sa chambre quand elle a eu un vertige. Elle a pensé à son beau-frère dont on a parlé dans la matinée, puis elle est descendue, a pris la rue Turbigo, le faubourg du Temple, la rue de Belleville, les Lilas et enfin est arrivée à Romainville. Elle était fatiguée, mais ne voyait personne, se garant seulement d'instinct des voitures et des gens.

Arrivée devant la maison de son beau-frère, elle s'est endormie sur sa porte, où son parent l'a trouvée en rentrant une heure après. Elle était en ce moment en léthargie lucide. Il

l'a transportée chez lui sur un canapé, où elle s'est réveillée spontanément dix minutes après.

Interrogée sur son état d'esprit au moment de cet acte, la malade nous dit qu'elle avait eu, la veille, des contrariétés. Sa mère avait corrigé un de ses enfants d'une façon excessive, ce qui l'avait peinée. Elle voulait s'en plaindre à son beau-frère, qui est très bon pour les enfants, dit-elle.

Nous lui demandons également pourquoi elle a ouvert la fenêtre. « Je croyais, nous répond-elle, que c'était la porte. »

Nous lui suggérons alors à nouveau l'idée de rentrer chez elle et de se coucher chaque fois qu'elle aura un étourdissement. Elle n'aura plus mal à la tête, se portera très bien, n'aura plus de contrariétés.

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet, la malade est restée quatorze jours sans avoir de crise de sommeil. Le 16 juillet, elle vient nous voir et nous dire que la veille seulement elle s'est endormie deux heures sur son lit. Elle est en ce moment à l'époque de ses règles, qui ont débuté il y a trois jours et qui sont très abondantes. Elle a l'air fatigué. Elle remarque que ses périodes menstruelles correspondent à une exagération de l'hémi-anesthésie droite. Mêmes suggestions et, de plus, je lui suggère de perdre moins de sang.

20 juillet. La malade se trouve bien. Elle n'a plus mal à la tête, n'a pas eu de crises de sommeil. Elle a de l'appétit. Enfin, ses règles deviennent beaucoup moins abondantes, se sont arrêtées le lendemain de notre suggestion. Elles ont duré, ce mois-ci, trois jours de moins que d'ordinaire (trois jours en tout, au lieu de six).

Le 27 juillet. Continue à se bien porter, pas de maux de tête, pas de crise de sommeil. Mêmes suggestions.

Cette observation est intéressante à plus d'un point de vue; mais le phénomène sur lequel je désire attirer l'attention de la Société est le phénomène de la fugue, de l'automatisme ambulatoire.

Les cas de fugues inconscientes ne sont pas rares dans la science, et la plupart ont été classés dans le chapitre de l'épilepsie larvée. Je crois qu'un grand nombre d'entre eux devraient être considérés comme des cas de dédoublement de la personnalité chez les hystériques. Cette observation en est un exemple frappant.

Notre malade, en effet, présente deux états bien distincts : un état de veille ou état prime, si nous em-

ployons l'expression d'Azam (1), et un état de somnambulisme ou état second. Dans l'état prime, cette malade est hémianesthésique sensitivo-sensorielle droite. Les sens musculaire et articulaire sont diminués, mais non complètement abolis. La malade est triste et ne présente aucune énergie. Ses représentations mentales sont affaiblies, peu énergiques et en rapport avec les troubles de la sensibilité générale et spéciale; mais vienne un vertige, l'image visuelle soit du cimetière, soit de son mari, soit de son enfant ou encore de son beau-frère, devient intense, dominante. Cette image engendre aussitôt celle de la locomotion, et cette malade devient alors visuelle et motrice, et aussitôt la voilà partie pour le cimetière ou pour Romainville.

Pendant son trajet, elle n'est occupée que de son *idée* ou *image*, dit-elle; elle veut arriver au but qu'elle voit, et elle marche et marche toujours et demande aux personnes les explications dont elle a besoin pour mettre à exécution son projet. Elle ne ressent aucune fatigue pendant un certain temps, mais après quatre heures; dans le premier cas, et huit heures, dans le second, ces images visuelles et motrices disparaissent, et la malade ne peut plus marcher. Elle tombe dans un état léthargique particulier (léthargie lucide), où elle entend tout ce qui se passe autour d'elle, mais où elle est impuissante d'agir. C'est à ce moment que s'effectue son changement de personnalité, mais l'état dans lequel se trouve la malade n'est pas encore l'état normal. C'est un état de transition. Son champ de conscience est rétréci. La malade n'a pas à sa disposition toutes ses facultés. Sa volonté lui fait défaut. C'est cet état qu'elle présenta pour la première fois, il y a six ans, à la suite de la mort de son enfant, et c'est celui qu'elle présente encore très souvent en ce moment et qui constitue ses crises de sommeil.

Une fois à l'état de veille ou à l'état normal, cette malade se rappelle ce qui s'est passé dans son état léthargique lucide, mais elle n'a aucun souvenir de sa fugue. Elle ne sait comment cette dernière s'est effec-

---

(1) Azam. *Revue scientifique*, 1876-1877 et 1879.

tuée. Pour le savoir, il me faut placer cette malade dans un somnambulisme provoqué. Je l'endors alors, soit par la compression des globes oculaires, soit par la fixation du regard et la malade me retrace sa scène d'automatisme ambulatoire. Elle me dit qu'elle a éprouvé un vertige, et qu'aussitôt l'image de son mari, ou de son fils ou de son beau-frère, s'est présentée à son esprit et qu'elle n'a eu qu'une *idée*, qu'un *but*, celui de se rendre auprès d'eux.

Ce fait, d'obtenir l'explication de cette fugue par l'hypnotisme est bien démonstratif de la nature hystérique du phénomène, car nous savons qu'un épileptique est très difficilement hypnotisable.

De plus, en analysant avec soin le phénomène, on s'aperçoit que cette fugue fait partie intégrante de l'attaque d'hystérie. Le mal de tête est le symptôme précurseur; le vertige, le début; la fugue, l'équivalent psychologique de la convulsion; et enfin le sommeil, la terminaison de l'attaque. Quatre facteurs entrent en cause : la céphalalgie, le vertige, la fugue et le sommeil; mais quelquefois deux seulement constituent toute l'attaque.

Dans le premier cas, nous assistons au somnambulisme naturel de la malade; dans le second, nous n'avons que la crise de sommeil ou état léthargique lucide. Ces deux modalités différentes dans l'état de la malade doivent tenir à des troubles différents ou à des troubles plus ou moins intenses de la sensibilité générale et spéciale. Nous savons, en effet, que les altérations de la conscience (1), chez les hystériques, coïncident avec des troubles de la sensibilité générale et spéciale qui produisent dans le cerveau la perception ou la disparition de certaines images qui, par leur acuité et leur association avec d'autres images, sont cause des actes commis. La reproduction à peu près des mêmes faits dans le somnambulisme naturel de notre malade et l'oubli à son réveil de ces mêmes faits, proviennent de la modification périodique de la sensibilité et des images à chaque

(1) Binet. *Revue philosophique*, janvier 1889.  
Pierre Janet. *Automatisme psychologique*, 1889.

crise. Il est vrai que je n'ai pas vu ma malade dans son état second et je ne puis dire quels étaient les troubles de la sensibilité; mais, en analysant les phénomènes qu'elle a présentés, nous voyons qu'elle était surtout visuelle et motrice pendant son somnambulisme, tandis que nous savons qu'à l'état de veille, au contraire, ses sens musculaire et visuel sont affaiblis, et que c'est surtout le sens de l'ouïe qui l'impressionne le plus.

Si, d'un autre côté, nous cherchons l'état que présente cette malade pendant ses rêves, nous voyons qu'elle présente encore deux modalités différentes. Tantôt, la malade est agitée; elle se remue et parle; tantôt, elle est silencieuse et immobile. Le souvenir existe seulement pour les rêves silencieux. Cela dépend aussi de la nature des images qui se présentent à son esprit. Quand celles-ci sont visuelles et motrices, elle n'en conserve aucun souvenir, comme cela lui arrive dans l'état de somnambulisme naturel.

Un dernier mot sur le traitement : sous l'influence de l'hypnotisme, j'obtiens une grande amélioration. Cette malade, qui d'abord ne mangeait plus, avait du dégoût profond pour les aliments, reprend l'appétit sous l'influence de la suggestion. Les règles, qui étaient trop abondantes, sont diminuées. L'état général s'améliorant, nous voyons les crises de sommeil et surtout l'automatisme ambulatoire disparaître.

*Des dangers du sulfonal (suite).*

M. FEBVRÉ. — Messieurs, dans la précédente réunion de la Société médico-psychologique, vous avez entendu deux communications bien différentes sur l'emploi du sulfonal comme hypnotique chez les aliénés. Alors que M. Auguste Voisin, après une expérimentation longue et attentive, est venu vous soumettre une série d'observations dans lesquelles l'effet narcotique a été constamment obtenu avec des doses faibles, sans effets secondaires à redouter, mon collègue, M. le D<sup>r</sup> Marandon de Montyel, vous a fait de cet hypnotique un véritable épouvantail. D'accord en cela avec M. le professeur Mairet, de Montpellier, il vous a, en effet, exposé les conséquences parfois si graves qui peuvent résulter de

l'ingestion, même à des doses faibles et espacées, de cet agent médicamenteux, qu'il se voit malgré lui forcé d'abandonner, qu'il n'ose plus administrer à ses malades, le considérant comme un médicament traître pouvant être suivi immédiatement, dans certains cas, plusieurs jours après sa suspension dans d'autres cas, d'effets toxiques qu'il ne serait peut-être pas possible de conjurer. Ayant été moi-même témoin de ces manifestations parétiques qu'il vous a longuement analysées, des malaises gastriques, de cet état vertigineux et nauséeux dont il vous a parlé et qui était particulièrement si pénible aux malades de son service, j'ai, je dois l'avouer, expérimenté avec la plus grande prudence, dans des conditions un peu différentes, mais avec un sulfonal de même provenance, à des doses progressivement croissantes, chez des malades de toutes catégories. Arrivé à un résultat tout à fait opposé, je viens, en vous relatant mes observations personnelles, rechercher et vous demander la cause de cette anomalie. Un instant, j'avais cru à une influence de sexe, mon collègue ayant relevé ses observations dans un service d'hommes. Je me rappelais à ce propos les conclusions formulées à l'Académie de médecine par M. Polaillon, au sujet des propriétés anesthésiques du chloroforme méthylique dont l'action serait bien plus active chez les femmes que chez les hommes et je pouvais penser qu'à l'inverse de cet agent thérapeutique, le sulfonal se traduisait chez l'homme par des effets secondaires plus marqués. Mais une telle supposition ne peut être invoquée; le travail de M. Mairet est appuyé sur un grand nombre de cas qui se rapportent à des femmes.

D'expériences pratiquées sur des chiens, il résulterait que, sous l'influence de doses progressivement élevées, les animaux primitivement très impressionnés deviendraient réfractaires à l'action du sulfonal. L'accoutumance serait ainsi obtenue. Cette seconde supposition doit également être écartée, puisque tous les médecins qui se sont occupés de cette question, avertis par la lecture des nombreuses observations d'expériences pratiquées sur des animaux, ont prescrit le sulfonal avec une égale prudence, étudiant les moindres manifestations anormales du côté des fonctions organiques et que tous

ou presque tous ont constaté une sorte d'accumulation dans l'organisme du principe actif du sulfonal, accumulation qui venait bientôt s'opposer au maintien de la médication. Mon collègue, en particulier, s'est vivement préoccupé de cette question d'accoutumance ; comme M. Mairet, il est arrivé dans une certaine mesure à éviter des conséquences fâcheuses, en procédant, soit par doses progressives, soit par doses massives, ces dernières suivies immédiatement d'une dose faible longtemps continuée. Toutefois, par cette pratique, tout danger n'était pas prévenu, puisque, avec des doses de 2 grammes, même espacées, on s'expose à empoisonner 44 p. 100 de ses clients (1).

Reste la question du mode d'administration du médicament. Si on lit toutes les observations qui ont trait à ce sujet, on ne tarde pas à s'apercevoir que les malaises gastriques ont une prédominance bien marquée dans la genèse des accidents que l'on vous a signalés. Ne pourrait-on, dans ces cas, voir dans l'association du médicament aux aliments la source de ces indispositions parfois si inquiétantes ? On s'accorde, en effet, à reconnaître une action très rapide ; le sommeil est obtenu dans un laps de temps parfois très court ; à la suite de l'ingestion de la seconde dose, certains malades succombaient presque immédiatement au besoin du sommeil. Dans ces conditions, la digestion ne pouvait qu'être singulièrement entravée ; le sommeil lui-même ne pouvait être réellement paisible ; le médicament avait peut-être une action anesthésiante sur la muqueuse gastrique, action venant s'opposer à la sécrétion en quantité normale du suc gastrique et amenant à la longue un état dyspeptique des plus prononcés. Le malade se réveillait en proie à un malaise indéfinissable, tourmenté par un sentiment de faiblesse, surtout accusé dans les membres inférieurs et bientôt compliqué de vertiges, de nausées, de vomissements ; la diarrhée était alors la conséquence de mauvaises digestions. Les aliénés sont certainement des malades plus susceptibles que les autres d'un mauvais état des voies digestives.

---

(1) Marandon de Montyel. *Annales médico-psychologiques.*

Toutefois, l'explication à laquelle je me suis arrêté est loin de s'appliquer à tous les cas ; les phénomènes d'intoxication peuvent, en effet, être partiels, c'est-à-dire limités à la sphère de la motilité ou de la sensibilité sans réaction fâcheuse du côté de la nutrition. Pour cette dernière catégorie de malades, ne pourrait-on pas invoquer la susceptibilité individuelle, une sorte d'idiosyncrasie encore inexplicable, mais qui se rencontre à chaque pas dans la pratique médicale à l'occasion de toute espèce de médicaments. Quoi qu'il en soit, je vais vous donner un court résumé de nombreuses observations que j'ai recueillies dans mon service depuis les premières communications qui vous ont été faites sur le sulfonal.

Le sulfonal a été prescrit habituellement le soir, à 9 heures, dans une très petite quantité d'eau, de lait ou de sirop.

#### OBSERVATIONS.

I. — M<sup>me</sup> B..., née F..., vingt-six ans, sans profession. Folie hystérique, avec paroxysmes d'agitation maniaque, impulsions à la violence, érotisme :

Le 10 avril. Sulfonal, 1 gr. Légère accalmie.

Le 11 avril. Sulfonal, 1 gr. Nuit paisible, journée relativement calme.

Le 13 avril. Sulfonal, 1 gr. Dort toute la nuit, journée calme.

Le 14 avril. Sulfonal, 1 gr. 50. Sommeil calme toute la nuit, journée agitée.

Le 15 avril. Sulfonal, 1 gr. 50. Mouvements passagers d'excitation pendant la nuit et pendant le jour.

Le 16 avril. Sulfonal, 1 gr. 50. Très calme.

Le 17 avril. Sulfonal. 1 gr. 50. Très calme.

Le 18 avril. Sulfonal, 1 gr. 50. L'excitation tend à reparaître.

Le 19 avril. Sulfonal, 1 gr. 50. Agitée le jour et calme la nuit.

Le 20 avril. Sulfonal, 1 gr. 50. Même observation.

Le 21 avril. Sulfonal, 1 gr. 50. Tranquillité plus complète le jour et la nuit.

A partir de ce jour, le sulfonal est continué à la dose de 1 gr. 50, le sommeil est obtenu régulièrement; mais

on observe une agitation assez intense tous les deux jours. Le médicament est cessé le 13 mai. En résumé, cette malade a absorbé 49 gr. 50 de sulfonal dans l'espace de trente-quatre jours sans éprouver aucun malaise appréciable. Loin d'observer de l'inappétence ou de la diarrhée, l'appétit est devenu plus développé.

II.—M<sup>me</sup> M..., femme R..., malie chronique, idées incohérentes de persécution et de grandeur, véritables accès de fureur qui la rendent dangereuse pour son entourage, hallucinations et illusions multiples, agitation diurne et nocturne.

Le 10 avril. Sulfonal, 1 gr. Sommeil toute la nuit, journée assez honne.

Le 11 avril. Sulfonal, 1 gr. Quelques heures d'insomnie, mais délire moins bruyant.

Le 13 avril. Sulfonal, 1 gr. 50. Nuit paisible, journée relativement bonne.

Le 14 avril. Sulfonal, 1 gr. 50. Le calme continue.

Le 15 avril. Sulfonal, 1 gr. 50. Le calme continue.

Le 16 avril. Sulfonal, 1 gr. 50. Le calme continue.

Le 17 avril. Sulfonal, 1 gr. 50. Très calme, plusieurs vomissements alimentaires.

Le 18 avril. Sulfonal, 1 gr. 50. Légère excitation.

Le 19 avril. Sulfonal, 1 gr. 50. Calme.

Le 20 avril. Sulfonal, 1 gr. 50. Calme.

Le 22 avril. Sulfonal, 1 gr. 50. Agitation nocturne très intense.

Le 23 avril. Sulfonal, 1 gr. 50. Agitée nuit et jour.

Le 24 avril. Sulfonal, 1 gr. 50. Même observation.

La dose de 1 gr. 50 est continuée jusqu'au 5 juin; pendant cette période, l'excitation se produit très violente; du 5 juin au 10, le sulfonal est donné à la dose de 2 gr. 50. La tranquillité se rétablit; mais, à la suite d'une visite, une nouvelle crise d'agitation éclate. Du 14 juin au 21 juin, la dose est portée à 3 gr. 50. Le 17 juin, la malade accuse un sentiment de malaise vague avec quelques douleurs localisées dans le ventre; le sulfonal est continué néanmoins. Alternatives d'excitation et de calme jusqu'au 21 juin.

En résumé, 97 gr. 50 de sulfonal ont été administrés à cette malade par doses fractionnées de 1 gr. à 3 gr. 50.

Les vomissements survenus le 17 avril et les douleurs abdominales signalées le 17 juin ne peuvent être, il me semble, attribués au sulfonal, puisque, le médicament étant continué, l'état général est redevenu satisfaisant.

III. — M<sup>me</sup> venve O..., trente-sept ans. Excitation maniaque avec désordre complet dans les idées et dans les actes, impulsions fréquentes à la violence, insomnie absolue.

Cette malade prend du sulfonal à la dose de 1 gr. 50 par jour, du 9 avril au 6 mai. Le calme se produit immédiatement et se maintient jusqu'au 18 avril. Le 11, un vomissement alimentaire se produit; mais tout se borne à une simple indigestion; le 15, vomissement et refus de continuer la médication, qui est cependant acceptée le 17. Du 18 au 23, l'agitation est redevenue très intense; enfin, comme chez les malades précédentes, des alternatives d'excitation et de calme à peu près régulières s'établissent, l'excitation étant plus marquée pendant la journée.

Les vomissements alimentaires relatés dans cette observation n'étaient pas, selon toutes probabilités, liés à l'action du sulfonal.

IV. — M<sup>me</sup> T..., née T..., quarante-six ans. Alcoolisme; après disparition des troubles physiques dus à l'alcoolisme, période de dépression mélancolique avec idées d'autoculpabilité et de damnation, suivie bientôt d'un état d'agitation anxieuse avec délire religieux. Actuellement, idées de grandeur religieuse.

Pour cette malade, l'administration du sulfonal, à des doses variant de 1 à 3 grammes, pendant quarante et un jours, n'a donné lieu à aucune indisposition grave, les effets sédatifs ont été peu marqués, peu suivis; à certains moments, on a constaté une véritable recrudescence du délire et de l'agitation; enfin, le sommeil a été paisible pendant dix nuits seulement; les journées de calme étaient signalées par une sorte d'hébétude avec incohérence dans les idées.

V. — M<sup>me</sup> Q..., née M... Excitation maniaque, loquacité incohérente, hallucinations de la vue, désordre

complet dans les actes. Début brusque de l'accès d'aliénation mentale à la suite d'un choc moral. Suppression des règles.

Le 11 avril. Sulfonal, 1 gr. Nuit complète et paisible.

Le 13 avril. Sulfonal, 1 gr. 50. Nuit complète et paisible.

Le 14 avril. Sulfonal, 1 gr. 50. Calme relatif le jour et la nuit.

Le 16 avril. Sulfonal, 1 gr. 50. Plus tranquille.

Le 17 avril. Sulfonal, 1 gr. 50. Agitation très vive, nuit calme.

A partir du 18, l'excitation reparaît; la malade frappe les personnes, brise les objets qui sont à sa portée; elle ne présente que des rémissions passagères le 24 et le 25 avril. Le calme ne se rétablit que le 5 juin, et ce calme coïncide avec une augmentation de la dose du sulfonal, qui est portée à 2 grammes.

VI. — M<sup>me</sup> M..., née B..., quarante et un ans. Excitation maniaque, profusion désordonnée dans les idées; loquacité; mobilité extrême, turbulence exagérée.

Le sulfonal, prescrit à la dose de 2 grammes le 3 juin, est continué jusqu'au 21 juin; la dose est portée à 2 gr. 50 le 9 juin et à 3 gr. 50 le 14. Aucun malaise à signaler. Rémissions peu marquées pendant toute cette période; les premières nuits qui ont suivi l'administration du sulfonal ont été calmes; dès le 7 juin, l'agitation s'est réveillée et s'est poursuivie sans moments d'accalmie jusqu'au 21 juin.

VII. — M<sup>me</sup> P..., née B... Manie chronique. Agitation paroxystique avec actes complètement désordonnés et violents. Affaiblissement intellectuel.

Du 3 au 25 juin, le sulfonal est ordonné à des doses variant de 2 à 4 grammes; le calme est obtenu après la première prise de sulfonal, mais ne se maintient pas. Des alternatives d'excitation et de calme se reproduisent régulièrement, l'excitation revenant tous les deux jours.

VIII. — M<sup>me</sup> veuve D... Excitation maniaque avec désordre dans les idées et dans les actes, loquacité, chants, propos incohérents.

Le sulfonal est ainsi prescrit :

Du 5 au 10 juin, 2 grammes.

Du 10 au 12 juin, 2 gr. 50.

Du 13 au 17 juin, 3 grammes.

Du 18 au 20 juin, 3 gr. 50.

Du 21 au 25 juin, 4 grammes.

Pour cette malade, l'action sédative s'est surtout manifestée pendant la nuit, les journées ont toujours été agitées. Quelques douleurs abdominales et une lassitude générale à noter le 17 juin, malaises qui n'ont eu qu'une durée éphémère.

**IX. — M<sup>me</sup> H..., trente ans.** Folie alcoolique, excitation très vive avec hallucinations de nature terrifiante, insomnie.

La médication est commencée le 8 juillet à la dose de 2 grammes, un vomissement le même jour et refus le lendemain de prendre la dose prescrite. Le 10, sous l'influence du médicament, le calme tend à se rétablir ; hallucinations moins intenses, moins pénibles. Le 11, agitation diurne et nocturne. Le 12 et le 13, quelques instants d'accalmie à signaler. Le 14, mouvements passagers d'excitation.

Le 15, état de calme, nuit très paisible; même situation jusqu'au 17. Le sulfonal est alors supprimé. Cette malade, malgré la cessation du médicament, reste tranquille pendant les journées du 18 et du 19 ; elle accuse une céphalalgie assez violente, un besoin impérieux de dormir, son appétit s'est accru depuis plusieurs jours. Le 20, l'excitation reparait.

Doses prescrites : 2 grammes et 4 grammes, les 12, 13, 14, 15, 16 juillet.

Chez une autre aliénée également très excitée, le sulfonal à la dose de 2 grammes a été suivi immédiatement d'effets sédatifs remarquables; pendant les trois premiers jours d'administration du médicament, un calme presque absolu a succédé à une agitation des plus vives. Après la suppression du sulfonal, la malade accusait des maux de tête, une sensation de constriction au-devant de la poitrine, quelques douleurs abdominales en ceinture, des bourdonnements et des bruits de criquets dans les oreilles; elle avait les pupilles dilatées.

tées, comme elles le sont d'habitude dans l'anémie, et elle présentait un certain degré de refroidissement périphérique. La pharmacie ne possédant plus de sulfonal, je me suis vu forcé, à mon grand regret, de suspendre la médication. Je suis toutefois autorisé à dire que ces divers symptômes somatiques qui persistent aujourd'hui, après six jours de suppression du sulfonal, relèvent plutôt d'un état de dépression consécutif à un délire mélancolique qui tend à s'établir. Cette remarque enlève beaucoup de valeur à l'amélioration signalée au début de cette observation, car le calme, dans ce cas particulier, n'était probablement que l'expression d'un syndrome lié à la nature de la maladie mentale. L'appétit, comme je l'ai déjà indiqué, était réellement plus développé.

Pour les observations suivantes, il s'agissait de malades très affaiblies ou très âgées ; la dose de sulfonal a été réduite à 1 gramme.

X. — M<sup>me</sup> D..., née P... Délire général avec fièvre, amaigrissement très prononcé, tuberculose pulmonaire.

Dix minutes après l'ingestion de la première dose, la malade s'endort ; nuit entière très calme ; même observation pour les nuits suivantes ; l'état mental paraît se modifier d'une façon favorable.

La température est, pour les journées des 17, 18, 19, et 20 juillet, à 5 heures du soir, de :

$38^{\circ}2 - 37^{\circ}8 - 37^{\circ}6 - 37^{\circ}6$ .

A 8 heures, une heure après l'absorption du sulfonal, elle est de :

$37^{\circ}4 - 37^{\circ}5 - 37^{\circ}3 - 37^{\circ}2$ .

Pour une malade atteinte de paralysie générale avec état typhoïde très grave, la température, prise dans les mêmes conditions, est de :

$38^{\circ}6 - 39^{\circ}4 - 39^{\circ}8 - 39^{\circ}6$ ,  
 $38^{\circ}2 - 38^{\circ}8 - 38^{\circ}6 - 38^{\circ}2$ ,

une heure après.

En somme, dans les délires avec fièvre, un abaisse-

ment notable de la température a été réalisé. Cette remarque avait été déjà faite par le professeur Lépine; la première observation vient en outre confirmer les données de M. Huchard sur les bons effets du sulfonal dans la phthisie.

Pour une malade atteinte de cocaïnisme et de morphinisme, une insomnie opiniâtre, combattue en vain par le chloral, a cédé au sulfonal à la dose de 1 gramme seulement.

Je ne puis mieux faire que de transcrire l'impression ressentie par la malade et qu'elle a exprimée dans les lignes suivantes : « C'est une substance blanche (le sulfonal), granuleuse comme le tapioca, d'un goût légèrement terreux, qui donne, à la dose de 1 gramme par jour, un sommeil calme, reposé, n'ayant pas les inconvénients du chloral, ne laissant aucun appesantissement, aucune lourdeur de tête, aucun mauvais goût au réveil, aucune altération du visage, favorisant la blancheur et l'éclat de la peau au bout de quelques jours d'emploi et ayant sur l'état général de santé une heureuse influence, calmante et adoucissante, laissant l'appétit intact, l'augmentant peut-être, et n'amenant aucune réaction fâcheuse. »

Dans la démence sénile, je me suis également très bien trouvé de l'usage du sulfonal. On a prétendu que les vieillards, à doses égales, étaient plus vivement impressionnés que les adultes par l'opium; la même remarque pourrait, je crois, être faite au sujet du sulfonal.

Chez une paralytique arrivée à la dernière période de son affection mentale, confinée au lit depuis de longs mois, mais en proie à une agitation nocturne qui se traduisait par des cris incessants, le calme s'est produit dans les mêmes conditions.

En résumé, comme l'ont écrit MM. Mairet et Mandon de Montyel, comme l'avait également démontré M. le Dr Garnier, de la Charité, le sulfonal est un précieux agent narcotique; quelques essais malheureux de ce médicament ne doivent pas, à mon avis, le faire rejeter de la thérapeutique. M. Mairet, en employant des doses massives (4 ou 5 grammes), remplacées le lendemain par une dose faible (1 gramme), a retiré de ce mode d'administration des avantages réels, il s'est mis

à l'abri de parésies compliquées de vertiges et de troubles dyspeptiques graves ; je crois que cette précaution, jointe à l'administration du médicament à jeun, serait une bonne indication, alors surtout qu'on serait parvenu aux doses fortes. Certains médicaments font, en effet, vomir à la manière de l'embarras gastrique, et ce dernier peut résulter de l'accumulation d'une certaine quantité d'aliments au moment où l'action narcotique se fait sentir d'une façon parfois si impérieuse. Sans vouloir mettre sur le compte des vomissements tous ces malaises préparatoires si prononcés dont j'ai parlé plus haut, je pense qu'il est très prudent d'examiner, avant la prescription du sulfonal, l'état des voies digestives qui laissent si souvent à désirer chez les aliénés.

Enfin, certains cas exceptionnels, par la gravité de leurs manifestations secondaires, rentreraient dans le cadre des idiosyncrasies. Halter a prouvé que l'opium est parfois suivi d'effets diamétralement opposés à ceux qu'il produit d'habitude; il en serait de même pour le sulfonal.

M. MARANDON DE MONTYEL fait remarquer combien sont dissemblables les effets obtenus par le sulfonal, suivant les observateurs qui l'emploient. Il y a là des résultats absolument contradictoires, dont il ne voit l'explication que dans les susceptibilités individuelles.

M. VALLON a employé le sulfonal et n'a pas constaté les troubles gastro-intestinaux dont a parlé M. Marandon de Montyel.

La séance est levée à cinq heures et demie.

PAUL GARNIER.

---

# REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

---

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### Académie des Sciences.

*Influence dégénéérative de l'alcool sur la descendance. —*

*Recherches expérimentales ; par MM. Mairet et Combemale.  
(Séances des 5 mars et mars 1888.)*

1<sup>o</sup> *Influence de l'intoxication chronique.* — Un chien de berger, vigoureux, reçoit, pendant huit mois, des doses d'absinthe Pernod à 72° qui sont portées progressivement jusqu'à 11 grammes par jour par kilogramme du poids du corps. Cet animal, après avoir présenté des troubles divers du côté du système nerveux, en arrive à un état de démence manifeste avec troubles paralytiques généralisés. — A ce moment, il s'accouple avec une chienne jeune, vigoureuse, multipare et non alcoolisée.

La chienne devient pleine et met bas douze petits. De ces produits, deux sont mort-nés, un meurt accidentellement et deux succombent à une pneumonie lobulaire au bout de quinze jours. Les sept qui restent meurent successivement, le dernier à soixante-sept jours.

La mort a été occasionnée par des convulsions, par de l'entérite vermineuse, par de la tuberculose. Aux autopsies, on constate l'épaississement des os du crâne, des adhérences entre la dure-mère et les os, une différence marquée de poids entre les deux hémisphères cérébraux et enfin de la dégénérescence graisseuse du foie.

2<sup>o</sup> *Influence de l'intoxication aiguë.* — Une chienne soumise, pendant les trois dernières semaines de la gestation, à une intoxication aiguë par l'absinthe de débit (2 gr. 75 à 5 gr. 50 par kilogramme du poids du corps) donne naissance à six petits, dont trois mort-nés. Des trois petits qui vivent, deux sont bien développés, mais pas intelligents ; le troisième a une croissance difficile, des déficiences intellectuelles et un notable degré d'anomie.

Autre expérience : Une chienne présentant des phéno-

mènes de dégénérescence dus à une intoxication alcoolique de la mère s'accouple avec un chien vigoureux et intelligent. Elle mit bas trois chiens, dont l'un offre des vices de conformation nombreux (pied-bot, gueule de loup, etc.), dont un autre meurt athrepsique avec persistance du trou de Botal, et dont le troisième est atteint de carreau et d'atrophie du train postérieur.

Dans une autre note, les auteurs intoxiquent chroniquement les chiens avec de l'alcool et ils arrivent à faire voir que l'alcoolisme chronique donne lieu, chez ces animaux, à des poussées délirantes caractérisées par de la terreur et des hallucinations de tous les sens. Plus tard, à ces symptômes s'ajoutent de l'affaiblissement intellectuel et des troubles musculaires d'ordre ataxique et paralytique. A l'autopsie, on trouve des lésions qui caractérisent la paralysie générale : inflammation diffuse méningo-encéphalique et dilatation vasculaire de l'encéphale.

Dans une troisième note, enfin, les auteurs recherchent les lésions des différents systèmes produits par l'alcoolisme chez le chien, en dehors du système nerveux et musculaire.

1<sup>o</sup> *Circulation.* — Les battements cardiaques se ralentissent d'abord, puis ils s'accélèrent ensuite. A l'autopsie, le cou est souvent hypertrophié et il y a de l'endocardite.

2<sup>o</sup> *Respiration.* — Les mouvements respiratoires augmentent de fréquence, on trouve des points de pneumonie disséminés.

3<sup>o</sup> *Tube digestif.* — Inflammation de la muqueuse gastrique. Congestion du foie, qui est souvent en dégénérescence graisseuse.

4<sup>o</sup> *Température.* — Elle tend à s'élever.

5<sup>o</sup> *Nutrition.* — En général, les animaux gagnent en poids, sauf dans les derniers temps. Le chiffre des globules sanguins diminue.

L. CAMUSSET.

### Académie de Médecine.

*Cystocèle vaginale, opération faite dans le sommeil hypnotique.*  
(Séance du 30 juillet 1889.)

M. MESNET. — Messieurs, ce n'est pas sans une certaine émotion que j'aborde de nouveau cette tribune, pour appeler votre attention sur la question de l'hypnotisme.

J'aurais assurément gardé le silence, si la communication que j'ai à vous faire n'avait pour objet un fait matériel, tangible, un fait chirurgical à joindre à l'ensemble des preuves sur lesquelles se base la réalité de l'hypnotisme, et si mes collègues de l'Hôtel-Dieu, Tillaux, Bucquoy, Dumontpallier, ne m'avaient demandé d'être près de vous leur interprète, dans l'exposé d'une opération à laquelle ils avaient pris un grand intérêt.

Quand une question nouvelle apparaît, — et pour celle-ci plus que pour toute autre, — elle se trouve, à ses débuts, en face de deux écueils : l'enthousiasme, avec toutes ses exagérations ; l'incrédulité, qui conduit à grands pas vers la négation de parti pris. Entre ces deux extrêmes, il est une part de vérité parfois bien difficile à dégager, mais qui, bien établie et scientifiquement démontrée, devient la base solide, inébranlable, sur laquelle se construit l'édifice.

Loin de moi la pensée de vous promener sur les frontières de l'hypnotisme, moins encore de m'aventurer dans ces sentiers épineux d'où l'on peut sortir découragé et meurtri ! Mon seul désir est de vous présenter une observation dont la véracité est incontestable et dont la répétition sera toujours possible dans des conditions identiques.

Le terrain sur lequel nous nous trouvons placé n'a pas de sanction anatomique. Quand, en effet, un trouble quelconque survient dans un organisme, et que nous constatons des signes physiques, matériels, de lésions d'organes correspondant aux symptômes de la maladie, le rapport de cause à effet se démontre de lui-même. Il n'en est point ainsi dans l'ordre des névroses, dont les manifestations violentes, souvent instantanées, quelquefois éphémères, appartiennent aux troubles dynamiques, simples perturbations fonctionnelles qui ne laissent après elles nullé trace de lésions appréciables. Mais, lors même que l'anatomie pathologique ne nous apporte, quant à présent du moins, aucune démonstration organique, nous avons dans l'étude attentive des faits, dans l'observation suivie et répétée des malades, un ensemble de preuves qui nous permet de dire aujourd'hui *avec assurance : que l'hypnotisme n'est point une illusion du médecin, non plus qu'une jonglerie du sujet !*

Poursuivie sous le double contrôle de la clinique et de l'expérimentation, l'étude des névroses a depuis longtemps fait justice des superstitions des temps passés, ainsi que des influences occultes et merveilleuses du *banquet magique* ! La lu-

mière s'est faite par la démonstration — chez la plupart des malades accessibles à l'action hypnotique — de phénomènes de perturbations nerveuses toujours semblables à eux-mêmes, se succédant dans un ordre déterminé, si bien indiqué par notre collègue, le professeur Charcot.

Sans doute, *l'existence de tels ou tels de ces phénomènes pris isolément peut être contestée dans sa réalité!* On peut toujours nous dire : Quelle preuve avez-vous que ce malade, que vous piquez avec une épingle, ne sent pas ? Que celui-ci, qui vous dit ne pas voir de l'œil droit ou de l'œil gauche, ne voit pas ? Que, chez cet autre, le bras est réellement paralysé du mouvement ?

La seule preuve que vous ayez à nous donner est l'affirmation du malade et son insensibilité apparente. Vous pouvez donc être dupe ! ...

Assurément, cette objection n'est pas sans valeur, et l'illusion est possible quant au fait pris *isolément chez un malade d'aventure*; mais si, poursuivant votre examen, vous observez chez ce même malade la coexistence d'autres perturbations nerveuses *indépendantes de sa volonté, indépendantes de toute supercherie*, la contestation est réduite à néant et la négation devient impossible.

Je passe outre, et j'arrive à la démonstration directe, par des faits scientifiquement établis, puisqu'ils ont à leur actif les noms les plus autorisés.

De grandes opérations ont été faites pendant le sommeil hypnotique; toutes ont été conduites à bonne fin, sans que le malade ait souffert, sans qu'il ait eu connaissance de l'intervention chirurgicale : il y a là une unité qui mérite bien de fixer votre attention.

Mais, avant de vous entretenir de l'opération de M. Tillaux, — dont je vais me faire l'interprète, tout en vous exprimant le regret qu'il ne soit point venu vous en parler lui-même avec l'autorité de parole que vous lui connaissez et la parfaite sincérité d'un nouveau converti, — permettez-moi de vous rappeler d'autres opérations accomplies dans les mêmes conditions. Parmi elles, il en est quelques-unes que nous connaissons tous.

Une amputation du sein pendant le sommeil hypnotique, faite par Jules Cloquet en 1829 (*in Procès-verbal de l'Académie de Médecine, section de chirurgie, séance du 16 avril*).

En 1845 et 1846, plusieurs opérations pratiquées à Cher-

bourg, par le Dr Loysel; entre autres : une amputation de la jambe; la section du tendon d'Achille; l'extirpation de glandes sous-maxillaires.

A la même époque (1845), une amputation du bras, par le Dr Jolly.

En 1859, l'ouverture d'un abcès volumineux, très douloureux, de la marge de l'anus, par Broca et Follin, insérée dans les *Bulletins* de la Société de Chirurgie et les *Bulletins* de l'Académie des Sciences.

En 1859, une amputation de la cuisse, par le Dr Guérineau, professeur à l'École de médecine de Poitiers, dans la *Gazette hebdomadaire* du 30 décembre 1859, publiée et commentée par Verneuil.

Dans la même année, une opération de fistule à l'anus, par notre collègue Verneuil, qui m'a entretenu de ce fait.

Plusieurs accouchements pratiqués dans l'état d'hypnose ont eu les mêmes résultats; entre autres : une observation du Dr Pritzl, assistant de Karl Braun, à Vienne, sur une femme accouchée par lui, le 7 novembre 1885; une autre de Dumont-pallier, communiquée à la Société de Biologie, le 26 février 1887; une autre encore des Drs Auvard et Varnier, publiée dans les *Annales de Gynécologie*, mai 1887; une quatrième du 1<sup>er</sup> avril 1887, que j'ai eu l'honneur de lire à cette tribune et qui appartient à mon service de l'Hôtel-Dieu.

Je ne vous citerai que ces quelques exemples nécessaires aux besoins de ma cause; mais nos recueils, et ceux de l'étranger, — en Europe comme en Amérique, — contenant un très grand nombre de faits chirurgicaux afférents à l'hypnotisme, notre bibliothécaire, M. Dureau, se propose de les collectionner et de les réunir tous dans un mémoire qui sera très prochainement publié.

J'arrive à l'opération du 24 juin dernier, pratiquée par mon excellent collègue Tillaux, dans son service à l'Hôtel-Dieu. L'observation est rédigée et écrite par M. Témoin, un de ses internes. La voici :

C... (Marie-Louise), âgée de vingt-cinq ans, journalière.

Pas de renseignements importants sur les antécédents héréditaires. Son père est mort des suites d'une affection de vessie; sa mère vit encore et a toujours été bien portante; elle n'a ni frère ni sœur.

*Antécédents personnels.* — Toujours bien portante, réglée pour la première fois à l'âge de douze ans, elle l'a toujours été

régulièrement depuis. Mariée il y a huit ans (à l'âge de dix-sept ans), elle a eu un enfant il y a vingt-six mois seulement.

Son accouchement fut extrêmement pénible, le travail dura douze heures, on dut appliquer le forceps ; elle eut une déchirure du périnée qui fut suturée immédiatement. Les suites de cet accouchement furent simples, et, trois semaines après, la malade reprenait ses occupations.

*Début.* — Depuis cette époque, la malade ressent une gêne considérable du côté de la vulve, elle ne peut rester debout sans avoir des envies fréquentes d'uriner ; et bientôt elle constate, en y portant la main, la présence d'une tumeur à l'entrée du vagin. Cette tumeur, non douloureuse au toucher, augmente par la station, par les efforts, diminue après la miction, et détermine bientôt, non seulement de la gêne, mais des douleurs incessantes avec picotements, élancements dans le canal de l'urètre.

Un médecin consulté lui ordonne le port d'un pessaire. D'abord, elle en est soulagée, mais bientôt il devient intolérable.

Depuis trois mois, la malade éprouve de continues douleurs, ne peut accomplir aucun travail, est obligée de garder le repos au lit presque complètement, et le 22 mai elle entre dans le service de M. Tilliaux.

*Etat.* — La malade porte à la vulve une tumeur occupant la paroi antérieure du vagin. Cette tumeur est irrégulière, plissée transversalement, réductible par la pression des doigts, augmentant par les efforts de la toux. Une sonde introduite dans la vessie est sentie nettement dans la tumeur à travers la paroi vésico-vaginale qui est épaisse, surtout au-dessous du méat urinaire. La vulve ne semble pas élargie. Le col de l'utérus est normal, non prolabé, les culs-de-sac sont libres.

Le périnée est de longueur normale ; on y voit les traces de la suture. Il n'y a pas de rectocèle.

Il s'agit d'une cystocèle vaginale simple.

*Hystérie.* — Pendant que nous causions avec la malade, nous remarquons qu'elle nous fixe d'une façon particulière ; que de légers mouvements convulsifs animent ses membres, et que subitement elle s'endort.

Réveillée, nous l'interrogeons sur ce sujet et elle nous apprend ce qui suit :

Ses antécédents héréditaires sont nuls à ce sujet. Elle-même n'a jamais eu d'attaque d'hystérie, mais depuis son jeune âge,

elle a toujours été d'un caractère bizarre, riant ou pleurant facilement.

*Début.* — Il y a six ans, au milieu d'une conversation, elle se mit à fixer un objet et elle s'endormit. Elle ne peut dire le temps que dura ce sommeil, ni comment elle se réveilla.

Depuis cette époque, elle s'endort fréquemment ; ses amies l'hypnotisent avec la plus grande facilité. Elle consulta M. Bernheim, de Nancy, qui, cinq ou six fois, à des époques différentes, la soumit à l'hypnotisation. Elle-même s'endort très souvent au milieu d'un travail à l'aiguille ; et, à son réveil, elle s'aperçoit qu'elle a travaillé sans s'en rendre compte, pendant un temps plus ou moins long ; quelquefois, elle tombe dans la rue dans le sommeil hypnotique.

*État actuel.* — C'est une femme assez grande, de complexion moyenne, plutôt maigre, fort intelligente.

A l'état de veille, cette malade ne présente rien de particulier : sa sensibilité à la douleur et à la température, bien que légèrement diminuée, persiste également sur toute la surface du corps ; on ne trouve nulle part de zone d'anesthésie, ni d'hyperesthésie. La sensibilité tactile est normale ; la sensibilité à la température également.

Les sens spéciaux sont tous intacts, les réflexes sont normaux.

On ne trouve pas d'hyperesthésie ovarienne.

A l'état de somnambulisme, dans lequel elle tombe aussitôt par la fixation du regard, la sensibilité est abolie sur toute la surface du corps ; la sensibilité tactile est conservée ; elle ne sent pas l'aiguille qu'on lui enfonce dans le bras, mais elle reconnaît très bien les objets qu'elle touche.

Dans cet état et par la suggestion, on obtient de la malade ce que l'on veut, et la sensibilité revient dans tel ou tel point du corps, au gré de celui qui l'a mise en somnambulisme, etc.

La sensibilité de la muqueuse vaginale, normale à l'état de veille, étant abolie à l'état de somnambulisme, M. Tillaux veut pratiquer la kolporrhaphie sur cette malade pendant le sommeil hypnotique.

A cet effet, la malade est plusieurs fois endormie, et on s'assure qu'elle ne conserve aucune sensibilité pendant son sommeil.

L'opération est faite le 24 juin.

Malgré sa volonté (par crainte de souffrir, elle voulait être chloroformée), la malade est endormie par la fixation du regard

dans la salle, près de son lit. Elle vient elle-même de la salle à l'amphithéâtre en nous suivant pas à pas, réglant sa marche sur la nôtre, lente ou précipitée. Sur notre invitation, elle se déshabille, se place sur le lit d'opérations dans la position dorsale, les jambes relevées. M. Tillaux pratique l'opération (la kolporrhaphie antérieure). Il enlève avec le bistouri, moyennant une dissection lente et délicate, une large surface rectangulaire de muqueuse vaginale, d'une étendue de 7 centimètres sur 4 environ de largeur, et rapproche par les points de suture les bords de la surface avivée. Des tampons de gaze iodoformée sont placés dans le vagin comme pansement ; l'opération a duré *vingt minutes* environ.

Pendant ce temps, la malade n'a pas fait le moindre mouvement. Agacée au début, elle devient de plus en plus calme, parle de choses indifférentes, se préoccupe de ce qu'elle aura à déjeuner, raconte ce que lui dit sa mère quand elle vient la voir, etc... Mais, constamment, elle s'inquiète du moment de l'opération qu'elle attend, disant qu'elle veut être chloroformée !!

Nous étions près d'elle, lui tenant les mains, lui parlant sans cesse pour tenir son attention éveillée. Nous lui disions : — de ne pas se tourmenter ; qu'on ne l'opérerait pas sans qu'elle soit prévenue ; — que d'ailleurs, l'heure étant avancée, on ne l'opérerait pas... et d'autres suggestions dans le même sens, qu'elle écoutait avec la plus parfaite confiance, pendant que M. Tillaux disséquait lentement ce vaste lambeau de muqueuse vaginale, et coupait d'un seul coup de ciseaux la pédicule de ce lambeau, sans qu'elle manifestât la plus légère sensation de douleur.

L'opération terminée, elle avait sa chemise tachée de quelques gouttes de sang. Sur notre affirmation que nous étions seuls dans la pièce, qu'il fallait qu'elle se déshabillât pour changer de linge, elle se laissa faire (sans demander ni comment ni pourquoi) et s'habilla de nouveau devant cent personnes ayant les yeux sur elle.

Elle fut ensuite placée sur un brancard et rapportée dans son lit. Là, nous lui suggérons qu'elle passera une excellente journée et qu'elle ne sentira rien.

A son réveil, elle demande à M. Tillaux quand il doit l'opérer, et son étonnement est indescriptible lorsqu'on lui annonce que l'opération est faite.

Elle n'a rien senti, elle ne sent rien ; son souvenir l'arrête au moment où elle a été endormie.

Pendant l'opération, elle avait perdu très peu de sang.

Mais dans la journée, une heure et demie après l'opération, elle fut prise d'une hémorragie abondante, qui nécessita un tamponnement. C'est en voyant le sang seulement qu'elle crut véritablement à l'opération faite.

Aujourd'hui, la malade est guérie, et rentre dans sa famille sans avoir souffert un instant de l'opération importante qu'elle avait subie.

Messieurs, vous ne connaîtriez que d'une manière fort imparfaite la malade de M. Tillaux si je ne complétais cette communication par quelques considérations relatives à son état psychosensoriel.

La facilité avec laquelle elle s'endort est extrême ; il suffit de la fixer un instant, de lui dire de dormir, pour qu'aussitôt elle dorme ; et au simple commandement : « Réveillez-vous ! » elle se réveille.

La transition de l'état de veille au sommeil hypnotique est presque instantanée, et n'a d'autre signe qu'un léger mouvement de secousse de tout le corps, une respiration profonde, anhéleuse qui se produisent au moment où ses paupières se ferment sur ses yeux convulsés en dehors, où ses sensibilités s'éteignent sur toute la surface du corps et des muqueuses.

La sensibilité du *tact seule persiste* ; piquez la pulpe des doigts avec une épingle, elle ne sent pas ; vous la touchez en un point quelconque avec un corps froid ou chaud, elle n'a aucune sensibilité ; mais placez sous sa main différents objets, elle vous dira, en vous les présentant (les yeux bien clos pour éviter toute erreur) : — ceci est une plume — ceci est un crayon — ceci une pièce de monnaie — ceci est une aiguille — ceci une épingle, voici la tête, voici la pointe !

Ce remarquable exemple de dissociation des sensibilités, avec abolition de telles d'entre elles et conservation de telle autre, n'est point un fait isolé ; je l'ai observé depuis longtemps, un grand nombre de fois chez d'autres hypnotisées ; et l'ignorance dans laquelle on était de la conservation du *tact*, alors qu'on pouvait traverser le doigt d'une malade avec une épingle sans qu'elle le sentît, a été rapportée au merveilleux, et a servi de prétexte à l'illusion de la transposition du sens de la vue !

C'est grâce à cette apparence de raison qu'on a pu nous dire : Ses yeux sont fermés, tout son corps est insensible, ses mains peuvent être tenaillées sans douleur, et cependant elle

reconnaît tout ce qu'elle touche ; donc, elle voit par la pulpe des doigts.

*Voyons maintenant le rôle réciproque de l'expérimentateur, d'une part, et de l'opérateur, d'autre part, vis-à-vis de l'opérée.*

L'influence de l'EXPÉRIMENTATEUR est SOUVERAINE ; il est le maître absolu de la situation ; il dispose, il commande à sa guise, bien sûr d'être obéi ; trouvât-il quelque résistance, il triomphera toujours de la volonté fruste, de l'opposition impuissante de son sujet.

QUANT A L'OPÉRATEUR, il n'a pour le moment QU'UN RÔLE TRÈS EFFACÉ ; il est indifférent à la malade au même titre que tout assistant ; elle ne le voit, ni l'entend, ni le connaît, alors que, tout à l'heure, il occupait toute sa pensée.

L'isolement de la malade d'avec le monde extérieur serait donc complet, s'il ne lui restait un point d'attache dans la personne de l'expérimentateur dont elle entend la voix et auquel elle obéit servilement.

L'ouïe et le toucher persistant seuls dans ce naufrage des impressions sensitivo-sensorielles, c'est par l'exercice de ces deux sens que la communication reste établie avec l'expérimentateur, alors qu'ils sont fermés à tout autre excitant, d'où qu'il vienne ; ils arrivent même souvent vis-à-vis de lui à un degré d'*hyperesthésie fonctionnelle* qui dépasse de beaucoup la moyenne de leur exercice normal : il n'est point nécessaire qu'il parle haut, qu'il grossisse sa voix pour être entendu ; la malade est pour lui tout oreilles, elle entend et écoute ses moindres commandements ; elle n'a d'activité que *pour lui et par lui* ; cesse-t-il de lui parler, elle reste immobile et muette, incapable de toute spontanéité.

S'il s'éloigne, elle porte ses mains vers lui, en recherchant ses mains, ses bras, comme si elle trouvait à leur contact un point d'appui, une impression agréable ; qu'une autre personne la touche, elle se retire brusquement avec une expression de malaise très manifeste.

Cette concentration exclusive de la malade sur la personne de l'expérimentateur doit être entretenue par des appels incessants faits à son activité mentale : Comment vous trouvez-vous ? Êtes-vous bien ? Souffrez-vous ? etc., ou par des suggestions telles que celles-ci : Soyez calme ! N'ayez nulle inquiétude ! Vous vous trouverez bien quand je vous réveillerai !

Les suggestions auxquelles l'École de Nancy, représentée par MM. les professeurs Bernheim, Beaunis, Liégeois, a donné,

à juste titre, le rôle prépondérant dans l'évolution des phénomènes hypnotiques, sont toujours le meilleur mode de communication ; et ce sont elles qui, dans le cas particulier, nous ont servi à maintenir la malade au degré d'hypnose nécessaire à la durée fort longue de l'opération qu'elle avait à subir ; abandonnée à elle-même, elle eût pu se réveiller brusquement, et perdre, en retrouvant sa sensibilité, le profit de l'anesthésie hypnotique insuffisamment prolongée.

Je ne dois pas terminer cette communication, sans vous parler des troubles de la mémoire et de l'ignorance absolue de l'opérée au moment où on l'a réveillée.

Son étonnement, son expression, ne sont pas moins caractéristiques du trouble de son innervation cérébrale, que l'anesthésie et l'analgésie qu'elle nous présentait tout à l'heure ; aux phénomènes d'inhibition qui la rendaient insensible, succède presque instantanément une légère excitation cérébrale. Elle voit avec surprise les personnes qui entourent son lit, elle promène ses yeux autour d'elle pour reprendre possession de son milieu, elle n'éprouve ni fatigue, ni malaise, et, revenue à elle, demande avec insistance qu'on l'opère au plus vite.

Dites-lui que l'opération est remise au lendemain... elle sera mécontente. Dites-lui qu'elle est faite... elle ne vous croira pas !

Il faut assurément qu'un bien grand trouble cérébral ait été produit dans l'ensemble de ses facultés, pour qu'une scission aussi complète s'opère dans l'exercice de la mémoire !

Je vais au-devant d'une objection qui m'a souvent été faite : Quelle certitude avez-vous que la mémoire est anéantie ? Vous n'avez d'autre preuve que la sincérité de votre malade, et vous pouvez être dupe d'une mystification.

Je ne vois vraiment d'autre réponse à cette objection que celle-ci : Soyez témoin des faits dont je vous parle, — observez froidement, sans parti pris, le réveil d'un hypnotisé, — voyez son expression, son regard, son étonnement, la transformation qui se fait dans tout son être, dans la coloration de sa peau, dans le timbre de sa voix... et vous n'échapperez point à l'émotion qu'ont eue tous les assistants de M. Tillaux, quand sa malade, rapportée dans son lit, lui a demandé de fixer au lendemain le jour de son opération !

Un seul fait, pourriez-vous me dire, n'est pas preuve à conviction.

Multipliez les observations, répétez l'expérience sur d'autres

malades, vous trouverez invariablement, au réveil, l'ignorance complète de tous les faits qui sont produits pendant le sommeil, à cette condition toutefois que le sommeil hypnotique ait été conduit à un degré suffisant.

Tous les sujets hypnotisables, qu'on nous dit bien plus nombreux à Nancy que nous ne les trouvons à Paris, n'arrivent pas à un même degré d'insensibilité générale et profonde, qui permette de tenter, à leur insu, une opération sanglante. Il ne doit venir à l'esprit de personne que l'influence analgésique de l'hypnose puisse être *jamais* un procédé utilisable dans la pratique de la chirurgie en général, non plus que dans celle de l'accouchement.

L'anesthésie et l'analgésie hypnotiques ne seront donc *jamais* que le privilège de quelques malades accessibles à ce mode d'action ; — mais son application aura sur le chloroform l'avantage de les soustraire aux dangers de la chloroformisation, ainsi qu'aux inconvénients qui en résultent : l'excitation violente de la première période, les vomissements, la céphalalgie, l'engourdissement, l'hébétude et le malaise plus ou moins prolongé.

Je ne verrais, — nous disait M. Tillaux, au sujet de l'hémorragie survenue une heure après chez son opérée, — je ne verrais qu'une seule observation à faire relativement aux quelques malades qui peuvent profiter de cette méthode : c'est que le spasme des petits vaisseaux, qui diminue la perte de sang au moment de l'opération, peut devenir, quand il cesse au réveil et que la circulation se rétablit largement, l'occasion d'hémorragies qui devront être surveillées.

Messieurs, j'avais l'espérance, en composant cette communication, sinon de convertir les plus incrédules d'entre vous, du moins de leur prouver que l'hypnotisme avait une base reposant sur un ordre de faits déterminés et scientifiquement établis. Y suis-je arrivé ?

Quoi qu'il en soit, je conclus par une nouvelle affirmation à l'appui de faits déjà connus, que :

*L'hypnotisme exerce sur CERTAINS SUJETS une action perturbatrice du système nerveux, qui suspend momentanément leurs sensibilités superficielles et profondes, au point qu'une longue et grave opération sanglante peut être pratiquée sur eux, sans éveiller de douleur, sans qu'ils en aient connaissance.*

JOURNAUX AMÉRICAINS

**American Journal of insanity.**

ANNÉE 1883

**I. — *Du droit d'Habeas corpus dans les asiles d'aliénés***  
 (n° de janvier).

On sait quel souci les peuples de races anglo-saxonnes ont de la liberté individuelle. Le droit d'*Habeas corpus* qui paraît en tête de leur législation est un droit par lequel tout citoyen peut se soustraire à un internement préventif quelconque, pourvu qu'il remplisse certaines conditions.

Naturellement, il peut être invoqué dans les cas d'internement d'aliénés dans les asiles, soit par l'aliéné lui-même, soit par ses parents ou ses amis qui considèrent son internement comme injuste ou inopportun. Les auteurs de cet article ne réclament pas contre l'existence de cette prescription de la loi, mais ils en critiquent très vivement l'application. En Amérique, comme en bien d'autres pays, il semble exister un certain antagonisme entre les hommes de lois et les médecins aliénistes. Les procès qui ont pour objet l'application du droit d'*Habeas corpus* à des aliénés comportent des formalités oiseuses qui sont préjudiciables aux malades aussi bien qu'à ceux qui les soignent. Les magistrats montrent à l'égard des médecins une méfiance que rien ne justifie et ne font pas assez de cas des dépositions des superintendants d'asiles, qui, comme fonctionnaires de l'État, devraient avoir droit à plus d'égards. Les auteurs de ce mémoire s'élèvent avec force contre cette fâcheuse manière de faire, en entrant dans des détails qui n'intéresseraient nos lecteurs qu'en les mettant au courant de la procédure américaine, ce que ne peuvent nous permettre les limites d'une simple analyse.

**II. — *Qu'est-ce que la folie morale?*** par le Dr J. Workmann,  
 de Toronto (n° de janvier).

L'auteur n'est pas partisan de la doctrine de Pritchard, et il considère comme néfaste l'expression de folie morale, manie sans délire ou manie raisonnante, que divers auteurs ont introduite dans le langage médical avec l'intention de lui faire

représenter une entité morbide distincte en nosologie. Ceux que l'on dit atteints de folie morale ne sont, en définitive, que des aliénés dans une certaine phase de leur maladie, et il est profondément regrettable que, dans certains cas, on ne les considère pas comme tels. Le Dr Workmann cite plusieurs cas à l'appui de cette thèse, et termine en conjurant ses confrères de ne jamais employer, devant la justice, ce terme de folie morale qui est incompris du public en général et équivaut pour les magistrats à une absurdité.

### III. — *Des droits des aliénés* (n° d'avril).

Cet article émanant de la rédaction du *Journal of insanity*, est une réponse à un pamphlet publié par M. Clark Bell, président de la Société médico-légale de New-York, et dans lequel on critique, avec acrimonie et sans mesure, la législation actuelle de l'État de New-York concernant les aliénés, en la déclarant inférieure à la loi anglaise. Les auteurs de l'article n'ont pas de peine à réfuter les erreurs et les insinuations malveillantes contenues dans ce pamphlet, en entrant dans des détails qui ne sont pas susceptibles d'analyse.

### IV. — *Deux cas d'épilepsie à la suite de fracture du crâne, avec autopsie et remarques*; par le Dr Théodore Deecke (n° d'avril).

Ces deux cas présentent, tant au point de vue anatomo-pathologique qu'au point de vue clinique, des points intéressants de ressemblance. La cause directe et le siège des lésions sont presque identiques. L'intervalle de temps qui s'écoula entre la guérison de la fracture et la première apparition de l'épilepsie fut de sept ans, dans le premier cas, et, dans le second, d'au moins deux ans. Le Dr Deecke fait remarquer à ce propos que cette circonstance éloigne l'idée que ce soit la lésion du contenu cérébral qui doive être considérée comme la cause directe de l'épilepsie. Les récents travaux italiens semblent avoir établi ce mode pathogénique de l'épilepsie dans des cas semblables ; mais, dans ceux dont il s'agit, l'auteur ne croit pas cette manière de voir justifiée, car, s'il en était ainsi, les attaques auraient dû apparaître aussitôt que la lésion corticale avait été produite. Il croit plutôt que l'épilepsie a été le résultat du travail de réparation qui s'effectue lentement dans les tissus lésés, dans le but d'éliminer les séquestres osseux et de réparer la matière cérébrale altérée. Ces deux cas, au

point de vue des lésions anatomiques, se rapprochent beaucoup de ceux que l'on a décrits sous le nom de porencéphalie, terme qu'il est plus convenable de réserver aux cas dont les lésions se produisent pendant la vie intra-utérine.

V. — *De la responsabilité des aliénés en dehors des asiles* ;  
par le Dr Joseph Draper, superintendant de l'asile de Vermont (n° d'octobre).

Ce mémoire fait suite à un travail de l'auteur, lu devant la Société des superintendants d'asiles américains en 1879, et intitulé : *De la responsabilité des aliénés dans les asiles*. Dans cet écrit, il visait la responsabilité civile des aliénés et déclarait que, dans sa conviction, il y avait plus de responsabilité réelle chez les aliénés qu'on le suppose généralement ou que la loi commune le reconnaît. En affirmant cette opinion, l'auteur avait en vue les intérêts de l'individu ; il voulait le soutenir dans l'exercice de ses droits civils, autant que l'on est convaincu qu'il peut être capable de comprendre sa propre responsabilité et d'agir d'après elle. Le Dr Draper ajoutait encore que, pratiquement, il avait appris à regarder tout individu comme largement responsable, qui avait une idée assez claire de sa situation pour compter sur son immunité concernant les actes criminels, le simple fait de folie étant déclaré, et que, théoriquement, il pensait que l'insanité d'une personne pouvait toujours être discutée si elle cherchait un abri à l'ombre protectrice de sa prétendue maladie.

Ces assertions, que l'auteur appliquait aux malades dans les asiles, ne sont pas moins vraies, d'après lui, pour ceux qui vivent en dehors de ces institutions.

Après avoir passé en revue et analysé les diverses situations dans lesquelles peut se trouver un homme vivant dans la société, mais suspect de folie, à qui des crimes ou des délits sont reprochés, l'auteur conclut qu'en somme il est très rare qu'une irresponsabilité absolue puisse être constatée, et que, pour obéir à la justice comme à la vérité, on doit presque toujours admettre une responsabilité limitée.

#### ANNÉE 1884

V. — *De l'éducation spéciale des infirmiers d'asile* ;  
par le Dr A. Campbell Clark, d'Édimbourg (n° de janvier).

Cette communication, lue à l'Association médico-psychologique d'Édimbourg, contient les vues personnelles du Dr Clark

sur la façon dont on doit instruire les personnes préposées à la surveillance des aliénés. Il rappelle d'abord que la question a déjà été étudiée par le Dr Clouston, dans un mémoire publié il y a sept ans. Tous deux sont d'avis de faire faire des lectures instructives et de faire passer des examens aux surveillants. On leur délivrerait des certificats de première ou seconde classe, suivant leur degré d'instruction. Il indique ensuite les différentes questions qu'on pourrait leur poser sur les devoirs qui leur incombent, et il termine en demandant la nomination d'un comité chargé de faire un rapport sur la question, espérant bien que ses idées auront un accueil aussi favorable que celles du Dr Clouston.

*II. — Une visite à l'asile de Bothwell;*  
par le Dr G. Alder Blumer (n° de janvier).

On voit dans cet établissement l'application de ce que demande le Dr Campbell Clark, c'est-à-dire l'instruction des surveillants.

Cet asile ne contient que cent quatre-vingts malades et ils sont sous la surveillance de personnes instruites et dont on complète l'instruction, par des leçons sur des sujets de psychiatrie. Ces infirmiers prennent des notes pendant les leçons, et chacun d'eux possède un carnet sur lequel il consigne les observations qu'il peut faire sur les malades qu'il doit surveiller.

Une innovation qui a beaucoup intéressé le Dr Blumer est la salle commune, où mangent ensemble tous les malades des deux sexes. Cette réunion est salutaire à beaucoup de malades, et il cite le fait d'un aliéné furieux qui se calmait comme par enchantement sitôt qu'on l'amenaît dans cette salle.

*III. — Mémoire sur la thérapeutique de la folie;*  
par le Dr Joseph-G. Rogers, d'Indianapolis (n° de janvier).

L'auteur passe en revue les diverses affections mentales et indique les méthodes de traitement qui lui ont paru les plus efficaces dans sa pratique. Pour la manie aiguë, il recommande les bains à 90 degrés (Farenheit), la bonne nourriture et le chloral. Il faut veiller aussi à ce que les dernières portions de l'intestin soient toujours libres; on obtient facilement ce résultat par les lavements d'eau à 90 degrés, ou l'association du calomel et de la gomme-gutte.

Les bromures sont préférables, si le délire persiste dans la journée. Le bromure de potassium, auquel on ajoute quelques

grains de bicarbonate de soude, est un excellent moyen, à condition cependant qu'il ne soit pas trop prolongé, car alors il donne des troubles digestifs. Pour ces cas, on doit leur substituer les toniques amers, et surtout une infusion de gentiane avec de la rhubarbe. Si le sujet est trop débilité, on fera bien d'ajouter un peu d'alcool. Dans les cas où le chloral ne produit pas d'effet, on doit donner de l'hyosciamine. Les dérivés de l'opium n'agissent, dans les cas de manie délirante, qu'à la condition d'être donnés à de fortes doses. Si la congestion cérébrale est intense, l'emploi de l'ergot de seigle est indiqué. Dans les cas d'anémie, on doit donner l'alcool, les amers, le fer, la strychnine et le phosphore.

Lorsque le délire persiste quelque temps, il faut surveiller attentivement toutes les fonctions, et surtout tenir à ce que le malade s'alimente confortablement.

Si l'on a affaire à une manie aiguë résultant d'une cause quelconque, il importe de rechercher cette cause et de la faire immédiatement disparaître si cela se peut.

La manie chronique demande des soins attentifs, et surtout de la distraction et de l'occupation.

La mélancolie avec ou sans conceptions délirantes résulte souvent des troubles de la nutrition, dont la disparition coïncide avec le retour à la santé.

Quelques indications dans les cas de folie paralytique terminent cet intéressant mémoire.

#### IV. — *De la méningo-cérébrite progressive chez les aliénés;* par le D<sup>r</sup> Théodore Deecke (n° d'avril).

Ce mémoire fait suite à un précédent travail du même auteur, publié dans ce même journal, et dans lequel il entreprend de décrire, sous le nom de *méningo-cérébrite progressive*, un processus morbide de nature inflammatoire et chronique qu'il a rencontré plusieurs fois dans les cerveaux d'aliénés, et qu'il tient à ne pas confondre avec celui de la *méningo-encéphalite* ou *paralysie générale* des aliénés. Dans son premier mémoire, l'auteur était entré dans des considérations générales sur l'anatomie des régions superficielles de l'encéphale, et particulièrement sur les rapports qu'ont les méninges soit entre elles, soit avec la substance corticale. A ce propos, il émettait plusieurs idées originales. Dans ce présent travail, le D<sup>r</sup> Deecke décrit d'abord la manière dont on doit faire l'examen microscopique des centres nerveux, comment on doit détacher

avec la scie la calotte crânienne et quelles sont les précautions à prendre pour ne pas déchirer les enveloppes, pour conserver le liquide qui peut y être épanché et dont l'analyse chimique peut seule parfois révéler les caractères physiologiques ou pathologiques. Il passe ensuite à la description du processus morbide qui aboutit à la formation de petites cavités kystiques, siégeant de préférence au niveau des tractus sensitifs ou des centres psychomoteurs. Il décrit avec beaucoup de soin la structure et le contenu de ces kystes, et en indique la pathogénie. Un autre point sur lequel il insiste est la formation d'adhérences entre l'écorce et les méninges ; il se fait là une congestion qui s'accompagne souvent d'arachnitis.

Il termine en indiquant la marche de ce processus qui peut être plus ou moins rapide, mais dont le caractère progressif est très important. Il n'est pas rare de rencontrer ces lésions dans le cerveau des aliénés, et elles doivent être prises en sérieuse considération.

*V. — Observation d'un fou épileptique qui avait « l'écho-signé » bien marqué; par le Dr Charles-W. Pilgrim, de New-York (n° d'avril).*

Après avoir indiqué que ce symptôme fut décrit pour la première fois en 1873 par Echeverria, que Romberg le croyait lié à un ramollissement cérébral, tandis que Echeverria en fait une perversion de la volonté, l'auteur rapporte l'observation d'un malade, âgé de vingt-six ans, grand viveur et grand buveur, qui présentait le signe écho à un haut degré, c'est-à-dire qu'il répétait toujours, et même plusieurs fois, la phrase qu'il venait de prononcer : ainsi le malade dont il s'agit disait : Bonjour docteur, docteur, docteur. Ce symptôme était encore plus frappant dans ses écrits, et l'auteur cite un fragment de lettre démonstratif. Il termine par une citation d'Echeverria qui dit ne pas attacher une valeur exagérée à ce symptôme, mais que cependant il est important de le connaître au point de vue médico-légal.

*VI. — Rapport sur les relations de la folie et du crime; par le Dr J. Bucknill, de Londres (n° d'avril).*

Après avoir rappelé que cette question médico-légale a déjà été étudiée à plusieurs reprises, et en particulier d'une façon remarquable dans le second volume de l'*Histoire de la loi criminelle en Angleterre*, par sir James Stephenson, l'auteur prévient qu'il

veut montrer l'imperfection de la loi qui régit les aliénés criminels.

Il cite les diverses définitions qu'on a données de la folie, il en indique les diverses formes, puis il *s'aventure* à donner lui-même une nouvelle définition de la folie, qu'il appelle : une faiblesse, une incapacité et un dérangement de l'esprit, causés par la maladie. Il fait ensuite ressortir combien est précis ce mot : *incapacitating* et montre qu'il implique nettement l'irresponsabilité. La suite du mémoire est consacrée à l'exposition d'une série de faits montrant l'insuffisance de la loi, dont l'application, dit-il, peut entraîner des conséquences monstrueuses. Le Dr Bucknill arrive à admettre les termes proposés par sir James Stephenson.

Un acte n'est pas un crime, si la personne qui le commet n'est pas, au moment même, incapable de ne pas le faire, soit par idiotie, soit à cause d'une affection mentale.

Il termine par quelques remarques sur la procédure en citant les réformes qu'il voudrait voir appliquées. Il demande, entre autres, la nomination d'experts jurés, qui, sous le contrôle d'un juge, seraient chargés de faire une enquête sérieuse pour établir la responsabilité du sujet.

#### VII. — *De l'hérédité*; par le Dr John-P. Gray, d'Utica, New-York (n° de juillet).

L'hérédité est un fait indiscutable dans la nature et qu'on retrouve à chaque pas dans l'étude des sciences naturelles, de la médecine et de la jurisprudence. Après avoir rappelé les définitions qu'en ont données Herbert Spencer, Mercier, Ribot et Lucas, l'auteur cherche à établir ce que l'on doit entendre par l'hérédité morbide, dans les cas d'aliénation mentale. Dans aucune autre maladie, dit Lucas, l'hérédité morbide est plus remarquable et plus remarquée, mais l'auteur pense qu'il ne faut pas prendre ce terme, dans son sens absolu, car l'idée d'une diathèse vésanique, capable de se transmettre de toute pièce est, à son avis, une pure fiction, datant d'une époque où, pour établir une opinion en pareille matière, la philosophie avait plus d'influence que la physiologie ou l'observation médicale. Il n'est guère que la syphilis, la lèpre ou le cancer qui se puissent transmettre par hérédité morbide vraie, parce que là il s'agit d'un germe morbide, d'une sorte de poison auquel le sang peut servir de véhicule. Pour les maladies mentales, il

n'en est pas de même; ce n'est pas tant la transmission de la maladie elle-même que l'on observe, mais plutôt la création d'un organisme doué, par le fait de son origine, d'une prédisposition malheureuse.

**VIII. — *Des progrès accomplis dans l'assistance des aliénés;***  
par le Dr Henry Putnam Stearns, d'Hartford (n° de juillet).

L'auteur se propose de limiter ses recherches aux soixante dernières années qui viennent de s'écouler. Son sujet comporte deux points : d'abord la guérison du malade, ensuite le milieu confortable où doit se trouver l'aliéné pendant sa maladie. Au point de vue du traitement moral, le Dr Stearns cite les diverses opinions émises à différentes époques par les membres de l'association, et constate que des progrès sérieux ont été faits dans cette voie.

Il traite ensuite de l'occupation qu'il convient de donner aux malades dans les asiles, et reconnaît aussi que, de ce côté, on a réalisé d'heureuses réformes. Dans beaucoup d'asiles, on a créé des salles spéciales où la distraction et le travail aident à passer les longues soirées d'hiver et facilitent la guérison. Ce mémoire se termine par l'examen de la question du non-restréint et de la liberté relative qu'on doit laisser aux malades.

**IX. — *De la capacité mentale dans certains cas de fièvre typhoïde;*** par le Dr John-B. Chapin (n° d'octobre).

Il arrive fréquemment que les actes accomplis pendant une période de maladie sont soumis à une enquête judiciaire chargée de rechercher si l'auteur de ces actes avait bien toute son intelligence : les testaments ou d'autres actes de la vie civile sont de ce nombre. Les médecins s'accordent à reconnaître que l'état mental est souvent susceptible d'être modifié sous l'influence des maladies. L'auteur rapporte l'observation d'une malade atteinte de fièvre typhoïde. Au vingtième jour de sa maladie, elle fit un testament dont on attaqua la validité en alléguant que la malade n'avait pas toute sa raison au moment où elle l'avait fait. Il relate d'autres cas analogues et termine en disant que l'on doit considérer les actes accomplis dans ces conditions morbides comme ceux que l'on exécuterait dans un état de somnambulisme, d'ivresse ou de narcotisme, c'est-à-dire dans des conditions où la volonté et la conscience sont suspendues.

**X. — *Du traitement des aliénés;***  
 par le Dr Orpheus Everts, de Cincinnati (n° d'octobre).

Les aliénés se divisent en deux classes : les aliénés curables et les incurables ; la première classe devant être traitée exclusivement par les médecins, la seconde ne regardant le médecin que comme citoyen et pouvant tout aussi bien être renvoyée aux philanthropes ou aux économistes. En excluant toute étude de la médication proprement dite, l'auteur se demande quelle autre méthode de traitement doit surtout attirer l'attention. De toutes, la plus importante est certainement le « restraint ». La première chose à faire en présence d'un aliéné est de l'envoyer dans un asile particulier. s'il en a les moyens, ou sinon à l'hôpital public d'aliénés. Toute question de sentiment doit être impitoyablement écartée ; il est nécessaire de séquestrer les fous, tant pour leur propre bien que pour celui de la société. Mais le *restraint* ainsi admis comprend trois méthodes distinctes : la méthode morale, la méthode mécanique et la méthode chimique. Par *restraint moral*, l'auteur comprend tous les moyens de douceur et de persuasion dont on peut se servir à l'égard des aliénés. Le *restraint mécanique* comporte les moyens violents, la camisole de force, la chambre de sûreté, qui peuvent réfréner les excitations exagérées de ces malheureux. Enfin, sous le nom de *restraint chimique*, l'auteur entend les remèdes et les conditions hygiéniques dans lesquelles les aliénés doivent être placés. Après avoir énuméré les affections qui peuvent être la conséquence des désordres mentaux, le Dr Everts indique les moyens que l'on peut leur opposer. La conclusion de son mémoire n'est guère encourageante, car il avoue qu'après avoir travaillé pendant quinze ans à soigner les aliénés, il est obligé de reconnaître qu'il est très difficile d'obtenir leur guérison.

**XI. — *Rapports sur de nouveaux remèdes : paraldéhyde, nitro-glycérine, cornouiller de la Jamaïque;*** par le Dr J.-B. Andrews, de Buffalo (n° d'octobre).

Tout en reconnaissant que la *paraldéhyde* possède un pouvoir hypnotique, on peut nier qu'elle ait aucune qualité supérieure ou même égale à tout autre médicament du même ordre. Son goût particulier, la difficulté de la déguiser, la grande quantité d'eau nécessaire pour la diluer, et, d'autre part, ce fait qu'elle ne produit aucun effet qu'on ne puisse obtenir avec

d'autres remèdes, font qu'elle n'est pas plus recommandable pour la pratique privée que pour la pratique hospitalière.

La *nitro-glycérine* fait baisser la tension artérielle et diminue le travail du cœur. Si elle a produit de bons résultats dans la démence, ceux-ci ne sont que temporaires et sont dus à ce qu'elle diminue la congestion des extrémités. Chez les épileptiques, elle ne donne que de fâcheux effets.

Le *cornouiller de Jamaïque* n'a donné aucun résultat dans les expériences physiologiques. Au point de vue clinique, c'est un hypnotique d'un pouvoir incertain; encore faut-il, pour obtenir cet effet, en donner de certaines doses qui provoquent des nausées. Ce n'est pas un remède efficace contre l'insomnie des aliénés, mais il a pu parfois donner de bons résultats chez les hystériques qui ne pouvaient supporter l'opium.

ANNÉE 1885.

I. — *Cas de tumeur du cerveau*; par le Dr Theo-W. Fisher, de Boston (n° de janvier).

Cette tumeur était un sarcôme vasculaire développé dans la cloison transparente. Elle avait donné lieu pendant la vie à des symptômes variés qui n'offrent aucune particularité intéressante et ne diffèrent pas de ceux que l'on observe habituellement en pareil cas.

II. — *Rapport sur les bourdonnements d'oreilles*; par le Dr George-C. Catlett (n° de janvier).

L'auteur présente un court résumé de la littérature spéciale sur ce sujet, les psychologistes et neurologistes ne tenant généralement pas assez compte de l'influence des maladies d'oreilles sur les désordres nerveux et mentaux. Il remarque avec raison que le neurologue qui n'examinerait pas le fond de l'œil dans une maladie du cerveau croirait son examen incomplet, et cependant il néglige le plus souvent l'examen des oreilles, qui cependant peut beaucoup aider au diagnostic.

Les bourdonnements d'oreilles sont un des symptômes les plus importants des maladies de l'organe auditif. Ces bruits sont de nature très diverse. L'auteur cite un cas curieux d'hallucinations de l'ouïe qu'il a eu occasion d'observer. Il donne ensuite des extraits des opinions exprimées sur ce sujet par les otologistes les plus éminents. Nous ne relèverons ici que ce

qui a trait aux relations entre les tintements d'oreilles et les maladies du cerveau.

Dans l'encéphalite aiguë, les bourdonnements sont un symptôme constant. Dans la compression du cerveau, les bruits d'oreilles sont fréquents et constituent un bon symptôme diagnostique.

Dans l'hypertrophie du cerveau, des bruits subjectifs dans la tête s'observent souvent, d'après Hitzig. Dans la méningite basilaire simple, Huguenin regarde les tintements d'oreilles comme un symptôme prédominant. Obissier, dans les tumeurs du cerveau, note les bourdonnements comme un symptôme associé à d'autres signes caractéristiques. On sait que de fortes doses de quinine provoquent les bourdonnements.

Sur soixante pensionnaires d'un asile d'aliénés, le Dr Pomeroy en a trouvé trente ayant des hallucinations de l'ouïe, soit 50 0/0. Les bruits d'oreilles sont fortement influencés par les affections des organes sexuels chez la femme. La méningite spinale amène souvent des affections d'oreilles avec tintements.

D'après Politzer, les troubles de l'ouïe provenant d'affections du cerveau sont dus à divers processus pathologiques : hémorragies, embolies, ramollissement, encéphalite, sclérose chronique, hydrocéphalie aiguë et chronique, néoplasies cérébrales, etc.

Suivant Moas, les troubles de l'ouïe sont fréquents dans les hémorragies du pont du varole et du cervelet. D'autres auteurs signalent les bruits subjectifs comme les avant-coureurs de l'apoplexie. Lawrence Blake affirme que, dans la grande majorité des cas de tintements d'oreilles, ce symptôme est d'origine circulatoire. D'après l'expérience de l'auteur, les hallucinations de l'ouïe chez les aliénés auraient le plus souvent leur point de départ dans des bruits subjectifs d'origine circulatoire. Il recommande, en pareil cas, de toujours examiner les oreilles avec soin.

Le Dr Catlett donne ensuite quelques détails sur les relations du nerf auditif avec les centres cérébraux. Il termine son travail par la relation d'un cas d'aliénation mentale qui, s'il n'a pas été causé par la maladie d'oreilles, a du moins été augmenté et entretenu par elle ; d'où la nécessité de prêter une plus grande attention aux maladies de l'oreille associées aux maladies mentales et nerveuses.

III. — *Quelques mots sur la prévention de la folie;*  
par le Dr J.-P. Gray, de New-York (n° de janvier).

Les mesures préventives contre la folie embrassent un vaste champ, qui va de la naissance à la puberté. Elles doivent consister principalement dans le contrôle et la direction des habitudes de l'esprit et du corps.

Une bonne santé, la culture intellectuelle adaptée à la nature de l'individu, le contrôle des émotions et des passions, la moralité de la conduite, sont autant de sauvegardes contre la folie.

Il est généralement admis que la folie ne peut être que le résultat d'une maladie corporelle. Cependant les praticiens les plus occupés ne rencontrent que rarement des cas de folie dans leur clientèle habituelle. Cela tient, d'après l'auteur, à ce que les affections déprimantes étant traitées à temps, les malades échappent aux conditions qui auraient pu les conduire à la folie, si ces affections avaient été négligées. Les enfants, sous l'œil attentif du médecin de la famille, sont soignés dès que leur santé paraît atteinte. C'est là certainement l'une des mesures préventives les plus efficaces.

Reconnaitre à temps la fatigue du cerveau, alors qu'il y a simplement dépression physiologique, soutenir et restaurer les forces par le repos, une nourriture fortifiante, l'emploi des toniques, telle est la méthode recommandée par l'auteur. Les personnes qui ont cette fatigue du cerveau sont ordinairement agitées, ne dorment pas, fuient la société et les distractions; leur imposer ces distractions, les forcer à voyager, à se distraire, c'est augmenter l'épuisement de leurs forces nerveuses. Les sédatifs et les narcotiques recherchés par les malades font plus de mal que de bien, car ils peuvent amener des désordres dans la nutrition et l'assimilation.

Les enfants surmenés à l'école, dans un mauvais air, deviennent pâles, languissants, irritable, agités; ils perdent l'appétit et dorment peu. En pareil cas, les toniques, les phosphates, le fer, la gentiane, la quinine, le malt pris le soir dans du lait, agissent beaucoup mieux que les remèdes dits calmants.

Un autre point important, c'est de ne pas renvoyer à l'école ou au travail les enfants atteints de maladies aiguës avant la convalescence complète, surtout quand il y a des symptômes nerveux plus ou moins prononcés.

Des changements brusques de caractère, sans cause apparente, doivent appeler tout particulièrement l'attention du mé-

decin, qui peut, en se renseignant exactement, trouver les causes de ce changement et éviter parfois la catastrophe finale.

IV. — *Cas de mélancolie suicide et homicide* ;  
par le Dr Ogden Backus, de New-York (n° de janvier).

Femme de cinquante-quatre ans, célibataire, de bonne éducation et de mœurs irréprochables, d'un tempérament nerveux, sans antécédents héréditaires. Peu à peu, sa santé décline, puis subitement on remarque un changement notable dans sa manière d'être. Perte de l'appétit et du sommeil, abattement. Bientôt elle commence à s'accuser de crimes imaginaires, à propos desquels elle écrit des lettres dont l'auteur cite quelques passages. A l'asile, où elle couche dans un dortoir, elle dit qu'elle se sent poussée par le diable à tuer ses compagnes ou à se tuer elle-même. Placée dans une chambre séparée, elle essaie de tuer une surveillante et de se pendre; c'est toujours le diable, dit-elle, qui la pousse. Peu à peu, l'état s'aggrave; il faut la veiller constamment et la nourrir à l'aide de la sonde œsophagienne. Enfin, elle meurt dans le marasme. L'autopsie n'a pas été permise. Le seul intérêt particulier que présente cette observation se trouve dans les lettres écrites par la malade; elles indiquent toujours le même délire avec préoccupations religieuses et tendances homicides.

V. — « *Verrücktheit* » primitive et initiale. *Aperçu historique avec remarques critiques*; par le Dr Théodore Deecke (n° d'avril).

Le terme *Verrücktheit* vient du verbe *verrücken*, participe passé *verrückt*, dont le sens littéral est *déranger*. Ce verbe est usité en allemand dans ce sens général. Mais le mot *Verrücktheit* désigne exclusivement un dérangement de l'esprit, un désordre ou trouble mental en général, tandis que l'adjectif-participe *verrückt* est employé dans les deux sens et que ses formes substantives dérivées, *der Verrückte* ou *ein Verrückter*, ne sont usitées que dans le dernier sens seulement, signifiant *toqué*, *lunatiques*. Le terme de *Verrücktheit* fut d'abord introduit dans la psychiatrie pour désigner ces conditions chroniques de la folie qui sont caractérisées par le développement d'idées délirantes stationnaires ou d'idées appelées fixes (*Verrücktheit partielle* de Griesinger) ou par une confusion générale des idées (*allgemeine Verrück-*

*theit* de Griesinger). Plus tard, le terme de *partielle Verrücktheit* fut abandonné par les auteurs allemands et même par Griesinger ; on discuta la nature primitive ou secondaire de l'affection et l'on en fit une entité morbide, sous le nom de *primaere Verrücktheit*. On jugea ensuite nécessaire d'en différencier une seconde forme pathogénique, la *Verrücktheit originale*.

On entendait désigner par là le même groupe de troubles mentaux que Morel a décrit en 1860 dans son chapitre (3<sup>e</sup> section du Livre IV, chapitre III, paragraphe 4) intitulé : « Du délire des idées et des actes qui est la conséquence de l'hypochondrie, dans les termes suivants » : transformation du délire des persécutions ; systématisation des conceptions délirantes ; transition à l'idée qu'ont ces malades d'être appelés à de grandes destinées.

En Allemagne, ce sujet fut abordé au Congrès psychiatrique d'Hildesheim, en 1865, par le Dr Snell, dans un mémoire intitulé : « De la monomanie comme forme primitive de folie. » Cet auteur aboutissait aux conclusions suivantes :

1<sup>o</sup> La monomanie (ou vésanie, Wahnsinn) se développe sous la forme d'un trouble mental primitif ;

2<sup>o</sup> Elle se distingue de la manie et de la mélancolie par le caractère moins général des troubles psychiques ;

3<sup>o</sup> Dans la majorité des cas, elle se développe graduellement, plus rarement avec les symptômes violents d'une affection aiguë ;

4<sup>o</sup> Le délire des persécutions, joint à une exaltation du sentiment de la personnalité, constitue le caractère fondamental de cette forme de maladie ;

5<sup>o</sup> Le délire des grandeurs qu'on observe dans le cours de cette affection est généralement secondaire ; il peut précéder le délire des persécutions ou se développer simultanément avec lui.

Vers la même époque, le Dr Wilh. Sander, de Berlin, consacra l'existence de cette forme primitive de folie en proposant de lui donner le nom de *Verrücktheit originale*. Il l'a différencié nettement des autres formes d'aliénation mentale : manie, mélancolie et démence, avec lesquelles elle peut d'ailleurs coexister chez le même individu. Westphal, Meynert et d'autres ont depuis soutenu cette théorie.

L'auteur accepte aussi la théorie de la nature indépendante et primitive de cette forme d'aliénation, mais il croit qu'il se-

rait mieux de lui donner le nom de *manie chronique*. Des développements dans lesquels il entre à ce propos et des nombreuses citations qu'il fait des divers auteurs qui ont écrit sur ce sujet, il ressort clairement que l'affection que l'on a voulu désigner par le terme de *Verrücktheit* est la même que celle que nous appelons délire chronique et qui vient d'être l'objet, à la Société médico-psychologique de Paris, d'une mémorable discussion.

VI. — *Monomanie*; par le Dr Wm.-D. Granger, de Buffalo  
(n° d'avril).

L'auteur définit la monomanie telle que l'a décrite Esquirol; il la distingue des autres formes d'aliénation, et la confond, comme dans le précédent article, avec la *Verrücktheit* des Allemands. Il préférerait seulement que l'on substituât au mot monomanie, celui de monomanie intellectuelle. Quant à la nature de l'affection, il se borne à exposer les idées émises sur ce sujet, sans se prononcer pour l'une ou l'autre des théories.

VII. — *Hygiène mentale*; par le Dr Willis-E. Ford,  
de New-York (n° d'avril).

L'auteur répète ce qui a été dit un peu partout sur l'influence de l'éducation dans l'hygiène de l'esprit. On doit combattre les rêveries de l'enfant en développant les autres facultés de l'esprit, qui n'ont pas de rapport direct avec l'imagination; stimuler le goût de l'observation et des exercices physiques, ce qui développe à la fois le corps et l'esprit. Il signale tout particulièrement le danger des narcotiques et des stimulants.

VIII. — *De la pyromanie (ou soi-disant telle) avec une observation*; par le Dr Charles-W. Pilgrim, de New-York (n° d'avril).

L'auteur fait la bibliographie et l'historique de la question. Il montre, en citant des autorités sur ce sujet, qu'on a regardé d'abord la manie de mettre le feu comme une forme spéciale de l'irresponsabilité maniaque; puis, peu à peu, l'opinion s'est modifiée, et aujourd'hui elle est abandonnée. Il cite une observation et conclut en disant que la pyromanie n'est pas en elle-même une entité psychologique, et qu'un acte incendiaire est ou bien le crime d'un malfaiteur, ou bien le symptôme d'une maladie ou d'une malformation du cerveau.

**IX. — *De la folie, sa fréquence, de quelques causes susceptibles de mesures préventives;*** par le Dr John P. Gray, d'Utica, New-York (n° de juillet).

Dans ce mémoire, l'auteur se propose de montrer brièvement en quoi consiste la folie, d'en noter la fréquence et d'appeler l'attention sur quelques-unes de ses causes, celles notamment qui peuvent être l'objet de mesures préventives.

Ce qui distingue la folie des autres maladies du cerveau, c'est l'altération de l'action mentale. Le délire et d'autres troubles psychiques sont fréquents dans la fièvre et sous l'influence des narcotiques et des spiritueux. La folie est un degré extrême de cet état. Le cerveau seul est malade et non l'esprit qui ne peut ni être malade ni mourir.

La folie se manifeste par des hallucinations, des manies, du délire. L'étendue et l'intensité de la déviation de l'état normal marque le degré de la folie.

La folie est heureusement rare. Elle atteint indifféremment les deux sexes, toutes les professions et tous les âges à partir de douze ans, les hautes comme les basses classes, les riches comme les pauvres, les hommes instruits aussi bien que les ignorants.

Les trois formes fondamentales sont : la manie, la mélancolie et la démence.

Les causes sont directes ou indirectes.

Les causes indirectes sont nombreuses : c'est tout ce qui peut altérer la santé et particulièrement produire une tension exagérée du système nerveux, c'est aussi la perte du sommeil et du repos, une nourriture insuffisante, la négligence des soins hygiéniques. A ce point de vue, les mesures préventives peuvent se classer de la manière suivante :

1<sup>o</sup> Reconnaître le fait de la tension cérébrale, en apprécier le danger et préserver autant que possible l'équilibre mental;

2<sup>o</sup> Conseiller le repos physique et le sommeil pour réparer les forces ;

3<sup>o</sup> Enfin, prescrire une nourriture abondante, sinon par appétit, du moins par raison, les promenades à l'air libre et au soleil.

Parmi les causes directes, l'auteur signale l'influence du tabac et des stimulants sur la croissance et le développement des jeunes gens et sur leur santé physique et mentale ; les

habitudes vicieuses ; le surmenage intellectuel ; l'influence de l'éducation et du travail mental.

**X. — *Revue historique de la pathologie cérébro-spinale des quarante dernières années*** ; par le Dr Daniel Clarck, de Toronto, Canada (n° de juillet).

L'auteur passe en revue les progrès les plus importants accomplis dans l'étude de la pathologie cérébro-spinale pendant les quarante dernières années, et se montre parfaitement au courant de tous les travaux qui ont été faits durant cette période.

**XI. — *De l'éducation au point de vue de la prévention et du traitement de la folie*** ; par le Dr Jamin Strong, de Cleveland (n° de juillet).

D'après l'auteur, les classes ignorantes sont celles qui fournissent le plus fort contingent aux asiles d'aliénés. Quand une personne instruite et intelligente devient aliénée, on trouve en général à l'origine de la maladie des excès qui ont amené la paralysie de la volonté et la perte du contrôle moral.

C'est par l'exercice et l'activité régulière des fonctions de chacun des centres nerveux qu'on acquiert un haut degré de puissance nerveuse ou mentale. L'auteur admet l'existence de centres trophiques spéciaux, contestée par quelques physiologistes. Il en trouve la preuve convaincante dans l'atrophie musculaire progressive qui suit l'altération des cellules des cornes antérieures de la moelle.

Pendant la croissance de l'enfant, il faut tenir compte du temps comme facteur dans le développement des centres nerveux. L'auteur proteste contre les méthodes d'éducation qui ne tiennent pas compte des besoins de la nature.

Les idiots fournissent un exemple de la possibilité de faire l'éducation des organes qui président aux mouvements ; ce n'est que par l'exercice des facultés spinale et sensorielles qu'on peut, jusqu'à un certain point, améliorer l'idiot, le fortifier, le rendre utile à lui-même et aux autres.

L'idiotie résulte d'une anomalie du cerveau, l'imbécillité d'un affaiblissement du cerveau, l'ignorance de la négligence du cerveau.

La première exclut le développement mental, la seconde ne le permet que jusqu'à un certain point ; mais dans la dernière, toutes les possibilités du développement mental existent, les

centres élevés du cerveau n'ont besoin que d'être mis en activité par une éducation rationnelle pour que l'individu échappe à la stagnation intellectuelle et à ses conséquences. Le cerveau fortifié résistera toujours mieux aux influences qui produisent la folie.

De même que les centres spinaux de l'athlète se développent par l'exercice, de même les centres cérébraux psychiques se développent par l'éducation. Les influences héréditaires elles-mêmes, qui jouent certainement un rôle important dans la genèse de la folie, peuvent être avantageusement combattues par un système d'éducation basé sur la physiologie, qui réprime les tendances mauvaises et favorise les tendances contraires. L'auteur termine, en insistant sur l'importance du pouvoir inhibiteur du cerveau, dont les défaillances sont fréquemment dues à une mauvaise éducation.

**XII. — *Notes sur un cas de folie circulaire*;** par le Dr J. Harrington Doudy, de Worcester, Angleterre (n° de juillet).

Cas curieux de manie chronique chez une femme de quarante-sept ans. Son état mental passait par des périodes de gaieté et de satisfaction avec exaltation maniaque et des périodes de sombre mélancolie; entre les deux, il y avait une période d'état relativement sain. Le contraste entre les périodes maniaque et mélancolique était frappant.

L'auteur compare ces différents états aux saisons de l'année; il y avait un printemps de santé relative, pendant lequel se développaient peu à peu les idées de grandeur et d'importance; un été où la manie atteignait son degré culminant; un automne de réaction, de dépression et de désespoir, suivi d'un hiver d'hébétude. L'état de véritable démence était de courte durée.

**XIII. — *Rapport sur de nouveaux remèdes. Extrait fluide de camellia et hydrobromate d'hyoscine*;** par le Dr Judson B. Andrews, de Buffalo, New-York (n° d'octobre).

L'auteur a expérimenté l'extrait fluide de camellia et l'hydrobromate d'hyoscine par les méthodes physiologique et clinique. Les effets de ces remèdes sur la circulation ont été étudiés à l'aide du sphygmographe. Les courbes obtenues sont reproduites dans le texte.

L'extrait de camellia a une action assez uniforme : il diminue le nombre de pulsations et augmente la force et le volume

de la puissance artérielle. L'effet produit se montre entre une demi-heure et une heure après l'administration, et reste stationnaire pendant environ une demi-heure pour disparaître ensuite généralement au bout de trois heures. C'est un tonique cardiaque. L'auteur cite les expériences de Dujardin-Beaumetz sur les remèdes cardiaques : convallaria, caféine, nytroglycérine. L'hyoscine diminue la fréquence du pouls, ne donne ni nausées ni maux de tête ou d'estomac et ne produit qu'un peu de sécheresse de la gorge et quelques troubles visuels. C'est un puissant sédatif du système cérébro-spinal, appelé, d'après l'auteur, à occuper un rang élevé sur la liste des remèdes hypnotiques, au-dessus de l'hyoscamime.

XIV. — *De la curabilité de la folie*; par le Dr Pliny-Earle, de Northampton, Massachussets (n° d'octobre).

Etude statistique sur les résultats obtenus dans les asiles d'aliénés des États-Unis. Les malades sont rangés en trois classes :

- 1<sup>re</sup> classe : Première attaque, moins de trois mois de durée.
- 2<sup>e</sup> classe : Première attaque, de trois à douze mois de durée.
- 3<sup>e</sup> classe : Attaque secondaire, moins de douze mois de durée.

Les guérisons sont :

Pour la 1 <sup>re</sup> classe : de 48.71 0/0	}
— 2 <sup>e</sup> classe : de 29.24 0/0	
— 3 <sup>e</sup> classe : de 55.37 0/0	

ensemble 44.06 0/0;

nouvelle preuve de ce fait que la guérison a lieu dans une proportion moins forte dans les cas des premières attaques que dans ceux qui sont subséquents à une première atteinte.

L'auteur compare ensuite les chiffres fournis par les divers asiles des États-Unis.

Pour ce qui concerne les guérisons d'aliénés qui avaient quitté une première fois l'asile comme guéris, les chiffres sont fournis par les asiles du Massachussets. Nous relevons là que, sur 177 aliénés, il y a eu 358 guérisons, ou 2,02 par personne.

L'auteur demande, en terminant, que le système de statistique des aliénés soit modifié de façon que l'on puisse distinguer entre les personnes et les cas, et qu'il soit permis de distinguer les premières guérisons des guérisons consécutives, comme cela a lieu dans les asiles du Massachussets.

XV. — *Vin nouveau dans de vieilles bouteilles;*  
par le Dr Orpheus Everts, de Cincinnati (n° d'octobre).

Article humomistique où l'auteur se plaint de ce que les vieux mots aient été conservés et soient souvent en désaccord avec les idées qu'ils expriment. Il demande une réforme dans l'intérêt de la science.

Dr ALBERT CARRIER.

---

## JOURNAUX ALLEMANDS (1889)

### Centralblatt für Nervenheilkunde.

*Un nouvel hypnotique, le chlroralamide;* par M. le professeur Rabow, à Cery-Lausanne (1889, n° 15).

L'auteur publie le résumé des résultats qu'il a obtenus avec ce nouvel hypnotique dans cinquante-deux cas d'aliénation mentale. Ce médicament se présente sous la forme de cristaux incolores, sans odeur, ayant une saveur légèrement amère. Ils se dissolvent dans une demi-partie d'alcool absolu et dans dix parties d'eau froide. La solution se fait plus facilement dans l'eau chaude, cependant la température ne doit pas dépasser 60° centigrades, car il surviendrait une décomposition du chloralamide. Cet hypnotique réussirait dans les cas d'insomnie chez les personnes atteintes de fatigue cérébrale, de neurasthénie, d'hystérie, d'alcoolisme. L'effet n'est pas aussi sûr chez les malades agités. Le médicament a été prescrit sous forme de cachets, ou en solution soit d'eau tiède, soit d'eau alcoolisée. La dose est de 1 à 4 grammes.

D'après l'auteur, 3 grammes de chloralamide correspondent à 2 grammes d'hydrate de chloral. Le sommeil ne surviendrait pas aussi rapidement qu'avec le chloral, mais plus vite qu'avec le sulfonal. Il n'a jamais été constaté de troubles au réveil, pareils à ceux qui ont été observés après l'administration du sulfonal.

Dr CLARET.

---

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

*Petit atlas photographique du système nerveux*, par le Dr J. Luys, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital de la Charité. — Paris, J.-B. Baillière et fils, 1888.

Ce petit atlas, réduction de la *grande iconographie photographique des centres nerveux* de l'auteur, renferme quelques pages de texte et vingt-quatre planches. Les planches reproduisent, toutes, des photographies prises sur des pièces entières ou sur des coupes, c'est-à-dire qu'elles reproduisent exactement des détails anatomiques réels. On n'en pourrait peut-être pas dire autant de certaines figures qui illustrent des traités classiques d'anatomie des centres nerveux, et qui ne représentent que des schémas auxquels l'artiste a ajouté des fibres et des cellules, afin de simuler l'apparence d'une pièce anatomique réelle obtenue par dissection. Or, dans une étude aussi controversée et, il faut le dire, aussi difficile que celle de l'encéphale, rien n'est si nuisible à la recherche de la vérité que ces reproductions artistiques, non de ce que chacun peut voir, mais de ce que l'auteur seul a vu ou a voulu voir.

M. Luys ne s'occupe que du cerveau, les autres parties des centres nerveux sont réservées; son atlas sera complété ultérieurement.

Les lecteurs des *Annales médico-psychologiques* savent ce qu'est, pour M. Luys, la structure du cerveau. Le savant anatomiste, en quelques pages de texte, présente ses opinions clairement et succinctement et renvoie, pour la démonstration, aux planches photographiques.

Rien n'est si simple et si séduisant que cette anatomie du cerveau d'après M. Luys: — Un noyau gris, le thalamus, en rapport avec la sensibilité générale et spéciale. — Des fibres nerveuses, fibres cortico-thalamiques, reliant le thalamus à toutes les régions de la substance grise corticale, régions antérieures, postérieures, supérieures, inférieures. — Un corps strié et des noyaux gris sous-thalamiques, avec des éléments émanés du cervelet, dévolus à la motilité. — Des fibres, fibres cortico-striées et cortico-sous-thalamiques, reliant toutes les régions de la substance corticale, soit au strié, soit aux noyaux

sous-thalamiques. — Des fibres commissurales reliant les différentes parties de chaque hémisphère et les parties homologues des deux hémisphères.

Voilà tout le cerveau. Je néglige la substance grise centrale, prolongation de la substance grise centrale du névraxe et qui serait dévolue à la nutrition élémentaire ; elle constituerait des centres trophiques.

La physiologie de l'organe découle naturellement de cette disposition anatomique qui n'est, en somme, qu'une différentiation bien simple de celle de la moelle épinière.

Que l'on compare cette anatomie si simple avec celle d'autres auteurs. Prenons, par exemple, la capsule interne. Pour M. Luys, ce n'est qu'une partie des faisceaux cortico-thalamiques, partie dirigée en avant, et qui rencontre par conséquent ce corps strié. Elle le traverse et divise ainsi ce ganglion en deux parties, l'une supéro-interne, le noyau caudé, l'autre inféro-externe, le corps lenticulaire. Pour d'autres anatomistes, quelle conception compliquée de la même région ! Que de fibres diverses, à directions différentes et à aboutissants multiples, ne décrivent-ils pas dans cette capsule interne !

Certes, si la simplicité, en anatomie, est l'attribut de la vérité, toutes les opinions doivent s'incliner devant celle de M. Luys. Mais il n'est donné, je crois, qu'à bien peu de chercheurs de trancher ces questions pour le moment. — Le faisceau sensitif de Meynert, un mythe. Les fibres motrices allant directement aux centres psycho-moteurs, à travers la capsule interne, sans traverser les noyaux de la base, une erreur. — C'est l'anatomie pathologique qui jugera sans doute en dernier ressort.

Ce qu'il y a de certain, dès à présent, c'est que les théories de M. Luys ne peuvent trop être propagées. Le *Petit atlas du système nerveux* aidera beaucoup à ce résultat. En outre, toutes les théories mises de côté, les planches permettront de fixer d'une façon précise, aux autopsies, les lésions trouvées.

Je m'aperçois que j'ai dit plus haut que cet atlas n'était qu'une réduction de la *Grande Iconographie*. C'est vrai, mais j'aurais dû ajouter que M. Luys, dans l'ouvrage qu'il offre aujourd'hui au public, donne aussi les résultats de recherches récentes postérieures à la *Grande Iconographie*, ainsi ce qui a trait à certains points de la disposition du système des fibres cortico-striées.

L. CAMUSSET.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— La folie au point de vue judiciaire et administratif. Leçons faites à la Faculté de droit de Lyon pour l'année 1887-1888, par le Dr Henry Coutagne, chef des travaux de médecine légale à la Faculté de médecine de Lyon. 1 vol. in-8° (157 pages) de la *Bibliothèque d'anthropologie criminelle et des sciences pénales*. Paris, 1889, G. Steinheil, édit.

— Passanante et la natura morbosa del delitto (Passanante et la nature pathologique du crime); par le professeur Virgilio, directeur du manicomio d'Aversa. 1 vol. in-8° de 135 pages avec une planche. Rome, 1888, Ermanno Loescher et Cie, édit.

— Some post-hemiplegic disturbances of motion in Children (Des troubles post-hémiplégiques du mouvement chez les enfants); par le Dr Philip Coombs Knapp. Broch. in-18 de 16 pages. Extrait du *The Boston medical and Surgical Journal*, numéro du 22 novembre 1888.

— Nervous affections following injury. Concussion of the spine, railway spine and railway brain. (Affections nerveuses consécutives aux accidents : commotion de la moelle, troubles spinaux et cérébraux des accidents de chemin de fer); par le Dr Philipp Coombs Knapp. Broch. in-18 de 35 pages. Extrait du *The Boston medical and Surgical Journal*, numéros des 1<sup>er</sup> et 8 novembre 1888.

— L'ivresse émotionnelle; par le Dr Ch. Fétré, médecin de Bicêtre. Broch. in-8° de 7 pages. Extrait de la *Revue de médecine*, numéro de décembre 1888.

— Sixth biennal Report of the trustees superintendent and treasurer of the Illinois eastern Hospital for the insane at Kankekee. (Sixième rapport biennal des administrateurs et du trésorier de l'hôpital des aliénés de l'Illinois, à Kankekee.) Broch. in-8° de 99 pages avec planches. Springfield, 1888.

— De l'épilepsie procursive; par le Dr P. Ladame. Broch. in-8° de 20 pages. Extrait de la *Revue médicale de la Suisse romande*, numéro du 20 janvier 1889.

— On Three cases of Recovery after a lengthened duration of the insanity, with remarks (Trois cas de guérison après une longue durée de la folie, avec remarques); par le Dr J. A. Campbell, médecin en chef de l'asile du comté de Carlisle (Angleterre). Broch. in-8° de 9 pages. Extrait de *The american Journal of insanity*, numéro de juillet 1888.

— Recherches cliniques sur les anomalies de l'instinct sexuel; par le Dr Paul Sérieux, ancien interne des asiles d'aliénés de la Seine. Thèse de Paris, 1888. Broch. in-8° de 76 pages. Leclerc et Babé, édit.

# VARIÉTÉS

## NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

— *Faculté de médecine de Paris*: M. le D<sup>r</sup> GUINON, ancien interne des hôpitaux, est nommé, après concours, chef de la clinique des maladies du système nerveux;

M. le D<sup>r</sup> BLOCQ est nommé préparateur de la chaire de clinique des maladies du système nerveux, en remplacement de M. Marie, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Montpellier*: M. le D<sup>r</sup> LAFON est nommé chef de clinique des maladies mentales (emploi nouveau).

— *Arrêté du 20 août 1889*: M. le D<sup>r</sup> CALÈS, ancien député, est nommé directeur de l'asile de Bordeaux, en remplacement de M. le D<sup>r</sup> Guilbert, admis à faire valoir ses droits à la retraite, et est placé dans la première classe de son grade (7,000 fr.).

— *Arrêté du 5 septembre 1889*: M. le D<sup>r</sup> SCHILS, médecin en chef de l'asile de Clermont (Oise), est nommé directeur-médecin de l'asile de Bourges, en remplacement de M. le D<sup>r</sup> Peybernès, décédé, et est maintenu à la troisième classe de son grade (5,000 fr.).

— *Arrêté du 15 septembre 1889*: M. le D<sup>r</sup> SIZARET, médecin de l'asile de Maréville, est nommé médecin en chef de l'asile de Clermont, et est maintenu à la classe exceptionnelle de son grade (8,000 fr.).

— *Arrêté du 16 octobre 1889*: M. le D<sup>r</sup> PARIS, directeur-médecin de l'asile d'Alençon (Orne), est nommé médecin en chef de l'asile de Maréville, et maintenu à la troisième classe de son grade (5,000 fr.);

M. le D<sup>r</sup> PAGÈS, médecin-adjoint de l'asile de Larochegardon (Mayenne), nommé par arrêté du 22 septembre 1889, médecin en chef à l'asile de Maréville et non installé, est nommé directeur-médecin de l'asile d'Alençon, et placé dans la troisième classe de son grade (5,000 fr.).

## RÉCOMPENSES DE L'EXPOSITION UNIVERSELLE.

La distribution solennelle des récompenses de l'Exposition universelle de 1889 a eu lieu le dimanche 29 septembre, au

Palais de l'Industrie. Nous relevons, dans la liste des récompenses celles décernées aux établissements d'aliénés :

*CLASSE LXIV : Hygiène et assistance publique.* — *Grand Prix* : Ministère de l'intérieur (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques) : établissements généraux de bienfaisance, asiles du Vésinet et de Vincennes, maison nationale de Charenton ; institution nationale des jeunes-aveugles ; institutions nationales des sourds-muets de Paris, des sourdes-muettes de Bordeaux, des sourds-muets de Chambéry ; service de la protection de l'enfance et des enfants assistés ; service des hôpitaux et hospices ; service des aliénés ; service de l'hygiène publique ; Mont-de-Piété de Paris.

*Médailles d'or* : Commission de surveillance de l'asile d'aliénés de Bordeaux. — Commission de surveillance de l'asile d'aliénés de Bailleul. — Commission administrative des hôpitaux et hospices de Montpellier.

*Médailles d'argent* : Commission de surveillance de l'asile d'aliénés de Bassens. — Commission de surveillance de l'asile d'aliénés de Dury. — Commission de surveillance de l'asile d'Armentières. — Commission de surveillance de l'asile d'aliénés d'Evreux. — Commission de surveillance de l'asile d'aliénés de Prémontre. — Commission de surveillance de l'asile d'aliénés de Saint-Robert.

*Médailles de bronze* : Commission de surveillance de l'asile de Bonneval. — Commission de surveillance de l'asile de Quimper.

Parmi les récompenses aux collaborateurs, dans cette même classe, nous relevons avec plaisir une *médaille d'or*, décernée à M. le Dr BOURNEVILLE, médecin de l'hospice de Bicêtre. Nous félicitons vivement notre collègue pour cette distinction, si justement méritée par ses éminents services rendus à l'assistance publique des aliénés et particulièrement à celle des idiots et des épileptiques.

#### NÉCROLOGIE.

**MAX. LEIDESDORF.** — La médecine mentale vient de faire, en Autriche, une perte cruelle : un de ses représentants les plus distingués, le professeur Leidesdorf, est mort le 9 octobre, âgé de soixante et onze ans, après une carrière des plus honorables et vivement regretté par tous ceux qui l'ont connu.

Né à Vienne en 1818, Leidesdorf a fait ses études médicales dans sa ville natale, et selon une habitude aujourd'hui perdue, il alla se perfectionner à l'étranger. Déjà les tendances de son esprit le portaient vers les études psychiatriques, et il profita de ses séjours en France, en Angleterre et en Allemagne pour s'y perfectionner. Après avoir été pendant quelque

temps médecin en chef d'un asile d'aliénés de Saint-Pétersbourg, il retourna à Vienne et y commença, en 1856, un cours de psychiatrie à l'Université. En ce temps-là, comme nous l'écrivit notre savant confrère, M. Salgo, on ne s'occupait guère de psychiatrie en Autriche ; aussi Leidesdorf fut-il obligé de s'adresser à un asile de vieillards pour se procurer les types cliniques nécessaires à ses démonstrations. On peut aisément se faire une idée des difficultés presque insurmontables qu'il fallut vaincre pour créer une clinique officielle de psychiatrie, et il fallut à Leidesdorf des années pour atteindre son but.

En 1860, il prit la direction de la maison de santé privée du Dr Gœrgen, située à Döbling, près de Vienne, et, enfin, en 1866, il fut nommé professeur à l'Université et, en 1875, directeur de la clinique. Leidesdorf, bien avant d'obtenir ces positions officielles, était arrivé à une très grande situation de clientèle. Jusqu'à ses derniers jours, il fut considéré, et par ses confrères, et par le public, comme l'aliéniste au diagnostic le plus sûr. L'année dernière, arrivé à l'âge de soixante-dix ans, il donna sa démission de professeur pour se soumettre aux règlements de l'université.

Outre de nombreux mémoires sur différents sujets de pathologie mentale et nerveuse, et particulièrement sur l'épilepsie, Leidesdorf a publié un *Manuel de psychiatrie* très estimé, et un volume intitulé : *Psychiatrische Studien*, fait en collaboration avec ses médecins adjoints.

« Pendant toute sa vie, nous écrit M. Salgo, Leidesdorf consacra toutes les forces de sa volonté et de sa grande intelligence à l'amélioration de la vie morale et physique des aliénés. C'est sur ses conseils, que la « Tour des fous » (un bâtiment affreux, ressemblant à la Sûreté de Bicêtre), fut évacuée et qu'on n'y plaça plus d'aliénés ; c'est à sa persistante énergie qu'est due la nouvelle législation sur ces pauvres malades ; c'est grâce à lui qu'il existe aujourd'hui à Vienne, non seulement une, mais deux cliniques de psychiatrie.

« Comme homme et comme médecin, Leidesdorf était d'une inépuisable bienveillance ; pour ses malades, il avait une bonté paternelle et, pour sa science spéciale, il avait le dévouement du prêtre. »

Nous ne pouvions mieux faire que de reproduire l'éloge du maître par un de ses meilleurs élèves.

Leidesdorf était membre associé étranger de notre Société médico-psychologique, depuis 1874. Briere de Boismont qui a présenté le rapport sur sa candidature, a fait des travaux de notre regretté collègue, une analyse des plus intéressantes. (V. *Ann. méd.-psych.*, 1874, t. XI, p. 100.) A. R.

— La Société médico-psychologique vient de perdre un de

ses membres honoraires, M. le D<sup>r</sup> ROTA, ancien directeur de la maison de santé de la rue de Piepus, 90. Depuis que notre collègue avait cédé sa maison de santé à M. le D<sup>r</sup> Goujon, il vivait dans la retraite la plus complète et n'assistait plus à nos séances.

**LE SERVICE DES ALIÉNÉS DE LA LOIRE-INFÉRIEURE.**

*Vœux présentés dans la séance du Conseil général,  
du jeudi 29 août 1889.*

M. VIVIER présente le rapport sur les aliénés. Le crédit de 291,000 francs, nécessité par ce service, est adopté. Le rapport examine deux vœux formulés par M. Biaute, médecin en chef de ce service. L'un de ces vœux concerne les aliénés mineurs étrangers à la Loire-Inférieure, mais dont les familles demeurent dans le département. Leur entretien est à la charge de leur département d'origine. Or, pour une minime différence de tarif, ces communes font entretenir ces mineurs dans les asiles de leurs départements respectifs, éloignant ainsi les enfants de leur famille. Le département pourrait accepter la petite charge, qui résulterait pour lui de la réduction du tarif au même prix que celui des asiles rivaux. Le rapport accepte.

L'autre demande du médecin en chef est plus importante. Il s'agit des enfants idiots que, dans l'état actuel de la science, on peut ramener, par des soins, à l'état presque intelligent. M. Biaute demande la création d'un service spécial à ces déshérités. Le rapport rejette cette demande, en raison des frais qu'elle nécessiterait.

M. SIBILLE se prononce en faveur des deux demandes de M. Biaute. Sur le premier point, il y aurait de la cruauté à maintenir, pour une minime différence de frais, un état de choses qui éloigne de leur famille les enfants malades, le domicile de secours étant fixé au département d'origine. Cette situation est déplorable.

M. VIVIER. — Nous sommes parfaitement d'accord.

Le Conseil adopte les modifications proposées.

M. SIBILLE, parlant des idiots, fait observer que l'asile Saint-Jacques ne pouvant pas garder ces sujets, on les renvoie après un court séjour à leurs parents. Il demande la création d'un service pour le soin à donner aux idiots à Saint-Jacques, mais il convient auparavant de faire une enquête et d'établir les frais d'établissement du pavillon spécial destiné à ce genre de pensionnaires.

Diverses opinions sont émises. Aucune ne conteste l'utilité de la création d'un service des enfants idiots, mais le Conseil recule devant les travaux matériels que cette création nécessiterait à Saint-Jacques, hospice qui n'a qu'un caractère provisoire et devra forcément être reconstruit avant peu.

M. DE LA FERRONNAYS verrait avec regret le Conseil entrer dans la voie de constructions nouvelles à Saint-Jacques, la situation des finances ne le permettant pas.

M. VIVIER. — Le rapport ne parle de constructions nouvelles qu'incidemment ; il propose l'ajournement de cette question.

Le rapport est adopté.

1<sup>o</sup> *Proposition adoptée.* Les mineurs, nés en départements étrangers, dont les parents habitent la Loire-Inférieure depuis deux ans au moins, seront conservés en traitement à l'asile de Nantes avec l'autorisation du département d'origine, qui paiera leur entretien au prix de journée de son asile, le département de la Loire-Inférieure supportant le surplus, s'il y a lieu.

2<sup>o</sup> *Proposition ajournée.* Construction d'un pavillon pour les jeunes idiots, imbéciles ou arriérés, pour leur traitement et leur éducation, selon la méthode suivie à Bicêtre.

**DEUXIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL D'ANTHROPOLOGIE CRIMINELLE, TENU À PARIS DU 10 AU 17 AOUT 1889 (1).**

Le professeur Lombroso, de Turin, publiait, il y a peu d'années, la première édition de son livre célèbre, l'*'Uomo delinquente*, qui fut le point de départ de la création de l'école italienne d'anthropologie criminelle. On peut considérer l'essor qu'a pris dès lors cette science nouvelle comme une des plus belles conquêtes de la renaissance scientifique dont le développement est si grand chez nos voisins depuis l'unification de l'Italie.

L'idée d'un congrès dans lequel seraient discutées toutes les questions soulevées par les études de la jeune école fut émise déjà en 1882, et si la réunion de ce congrès n'eut pas lieu à Turin, en 1884, ce fut uniquement à cause de l'épidémie de choléra asiatique qui sévissait alors dans le midi de l'Europe. L'année suivante, le 16 novembre 1885, s'ouvrira à Rome le premier congrès d'anthropologie criminelle, le même jour que le troisième congrès pénitentiaire international.

On trouvera dans les « Actes » du congrès de Rome, publiés par les soins de M. Mayor, secrétaire général, les travaux et les discussions qui eurent lieu dans les nombreuses séances des deux sections de biologie et de sociologie criminelles, entre lesquelles avaient été réparties les questions soumises au congrès (2). Il serait impossible de donner ici un aperçu, même

(1) Extrait du *Journal de Genève*, n° du samedi 14 septembre 1889.

(2) Actes du premier Congrès international d'anthropologie criminelle. Turin, Rome, Florence, 1886-1887.

sommaire, de la multiplicité et de l'importance de ces travaux. Qu'il me suffise de dire que des voix autorisées se firent entendre à Rome pour protester contre les conclusions prématuées de certains criminalistes italiens. M. le professeur Lacassagne, de Lyon, entre autres, se posa nettement en adversaire de la théorie qui fait de l'homme fatidiquement un criminel, en vertu de son organisation vicieuse. « Le criminel, disait M. Lacassagne, avec ses caractères anthropométriques, ne nous semble avoir qu'une importance très médiocre. Tous ces caractères peuvent se trouver d'ailleurs chez de fort honnêtes gens. »

Nous pouvons dire que le second congrès d'anthropologie criminelle qui vient de se tenir à Paris a été la démonstration de cette thèse. M. le D<sup>r</sup> Manouvrier, professeur à l'école d'anthropologie de Paris, rapporteur de la deuxième question : *Existe-t-il des caractères anatomiques propres aux criminels?* soumit à une critique serrée les travaux des auteurs qui prétendent reconnaître un criminel d'après les anomalies de ses organes. M. Manouvrier démontra clairement qu'il n'existant pas *un type* criminel, pas plus qu'il ne peut y avoir un type d'homme monstrueux ou pathologique.

La discussion qui suivit ce rapport prouva qu'aucun membre du congrès n'admettait absolument les signes anatomiques comme des caractères spécifiques des diverses catégories de criminels. Les anomalies que l'on relève fréquemment chez les délinquants, plus fréquemment peut-être que chez les hommes normaux, ne leur sont point du tout spéciales. Elles manquent dans un grand nombre de cas, de même qu'elles se rencontrent chez beaucoup d'honnêtes gens. Elles n'ont donc aucune signification par elles-mêmes. Leur valeur est purement relative. Elles ne prennent de l'importance, dans un cas donné, que si on les rapproche d'autres anomalies, intellectuelles ou morales, qui caractérisent l'homme criminel, bien plutôt que les stigmates de dégénérescence. Mais alors, dans ce cas, les recherches anthropométriques apportent un concours utile à l'investigation des délinquants, deviennent un précieux élément d'information et peuvent contribuer à démasquer une nature criminelle, comme certains symptômes, insignifiants par eux-mêmes, décèlent la nature d'une maladie, lorsqu'ils sont rapprochés d'autres signes morbides. C'est ce que M. le professeur Brouardel a fait ressortir d'une façon lumineuse dans la discussion.

Ajoutons que les statistiques sur la couleur de l'iris ou la forme du nez et des oreilles des assassins et des voleurs n'apportent aucune clarté nouvelle dans ces difficiles questions, pas plus que la supputation du « pourcentage » de la forme de

leurs têtes. M. Frigerio, d'Alexandrie, conclut de ses recherches que les voleurs ont très souvent le nez creux, et que l'iris bleu est très fréquent chez certains criminels, tandis qu'il y a prédominance de l'iris châtain chez d'autres. Un avocat italien a prétendu que les radicaux étaient brachycéphales (à têtes larges) et les conservateurs dolichocéphales (à têtes longues)! Ce sont là les exagérations inévitables d'une jeune science, pleine de sève et d'enthousiasme ; mais l'on aurait tort de juger de l'anthropologie criminelle d'après ces résultats statistiques qui prêtent si fort au ridicule.

En résumé, il ressort de toutes ces discussions que nous sommes loin de connaître l'homme criminel. Il faudra recueillir bien longtemps encore les observations anthropologiques et psychologiques de milliers de délinquants, fouiller leur passé héréditaire et noter leurs antécédents personnels avant de parler de résultats ayant un caractère vraiment scientifique. Voilà pourquoi le congrès s'est associé au vœu de M. Lacassagne « que les gouvernements facilitent aux médecins et aux anthropologistes l'entrée dans les prisons pour y étudier les détenus ». M. Herbette, directeur de l'administration pénitentiaire de France, a annoncé qu'il était disposé à donner les autorisations nécessaires, mais il a fait comprendre en même temps les inconvénients qu'il y aurait, dans certains cas, à ce que les condamnés devinssent l'objet d'une trop grande curiosité.

Nous ne pouvons analyser ici les treize rapports sur les questions du programme, ni les vingt-quatre communications sur divers sujets qui ont été présentés aux séances. Nous nous bornerons à dire qu'après les caractères anatomiques des criminels, les questions qui paraissent avoir le plus préoccupé les membres du congrès sont relatives à la criminalité des enfants et à la responsabilité morale.

Une conférence fort intéressante sur la criminalité infantile fut faite à l'asile Sainte-Anne par M. Magnan, qui présenta des enfants vicieux de son service, atteints de profondes dégénérescences morales et chez lesquels les stigmates physiques étaient presque absolument absents, quoique M. Benedikt, de Vienne, relevât dans quelques cas des irrégularités de la conformation crânienne, et M. Lombroso des anomalies dentaires! On sait que ce dernier considère l'enfance comme un état de criminalité transitoire dont l'éducation ne triomphe que chez les bonnes natures. Ce n'est pas l'opinion de M. Taverni, de Catane, qui était chargé, avec M. Magnan, du rapport sur la cinquième question : « De l'enfance des criminels dans ses rapports avec la prédisposition naturelle au crime. »

Le Dr Taverni arrive à la conclusion que cette prédisposi-

tion se traduit chez les enfants par une espèce de *manque d'aptitude à l'éducation* qui est en somme très rare. Ce critère nous paraît erroné, car les enfants rebelles à l'éducation peuvent aussi bien donner des génies que des criminels. Dans ce dernier cas, chez les enfants vicieux par instinct, M. le Dr Bérillon, rédacteur en chef de la *Revue de l'hypnotisme*, propose de tenter l'orthopédie morale par la suggestion hypnotique, et nous avons déjà appuyé cette proposition quand son auteur la fit pour la première fois en 1886 à Nancy, lors de la réunion dans cette ville de l'Association française pour l'avancement des sciences.

Quant à la responsabilité morale, elle est carrément niée par M. Ferri (rapporteur de la quatrième question), professeur de droit pénal à Rome et député au Parlement italien, qui défend sa thèse avec une conviction chaleureuse et beaucoup de talent. Pour M. Ferri, il n'y a aucune différence à établir entre l'aliéné et le criminel, qui ne sont pas plus responsables l'un que l'autre des actes délictueux qu'ils commettent. Ces assertions amènent une protestation énergique de M. Tarde, juge d'instruction à Sarlat, l'éminent criminaliste bien connu, qui réclame le droit de s'indigner contre les scélérats, responsables de leurs crimes, tandis que les fous, victimes de leur maladie, sont irresponsables et dignes de pitié. Il est probable qu'on en restera longtemps encore à l'opinion de M. Tarde, quand bien même il n'est pas toujours aussi facile qu'on le croit de faire la distinction entre un criminel et un aliéné.

Malheureusement, la théorie de M. Tarde sur « les nouveaux fondements de la responsabilité morale » (dixième question), que le savant magistrat croit trouver dans la persistance de l'*identité*, ne vaut guère mieux que celle de M. Ferri et ne sera jamais assurément qu'une ingénue hypothèse, sans applications pratiques.

Il n'en est pas de même de la nouvelle détermination de l'identité individuelle par les signalements anthropométriques de M. Alphonse Bertillon. La démonstration de cette méthode fut faite avec un plein succès au Palais de justice dans une conférence à laquelle M. Bertillon avait convoqué les membres du congrès. En quelques minutes, un pickpocket arrêté à l'Exposition fut reconnu, malgré le faux nom sous lequel il espérait se cacher ; sa fiche fut trouvée par un membre du congrès, d'après l'indication des mesures relevées, séance tenante, sur le malfaiteur ahuri. On lui montra sa photographie de face et de profil, et il fut facile de vérifier sur les diverses parties de son corps la présence des signes particuliers, cicatrices, etc., dont l'énumération accompagnait la photographie. M. Bertillon nous annonça à cette occasion la disparition presque complète des

pickpockets à Paris depuis l'introduction des signalements anthropométriques. Une fois qu'ils ont appris à connaître à leurs dépens les avantages de ce système, ils ne viennent plus s'y faire prendre.

Le congrès avait été ouvert solennellement le 10 août au Trocadéro, sous la présidence de M. Thévenet, garde des sceaux, ministre de la justice. Le lendemain on se réunissait au palais des arts libéraux, au Champ-de-Mars, pour entendre les instructives conférences de MM. Lombroso, Ferri et Manouvrier sur leurs expositions de crânes d'assassins et d'autres objets se rapportant à l'anthropologie criminelle.

Pendant la semaine, il y eut de brillantes réceptions chez le doyen de la Faculté de médecine, M. le professeur Brouardel, chez M. Thévenet, garde des sceaux, et chez le prince Roland Bonaparte, où se trouvait M. Edison et son merveilleux phonographe.

La ville de Bruxelles a été désignée comme lieu de réunion du prochain congrès, qui aura lieu en 1892.

En clôturant le congrès de Rome, le professeur Moleschott disait à ses collègues : « Vous n'avez pas perdu ce guide, cette boussole suprême qui s'appelle la morale. Dans toutes nos réunions, je n'ai pas eu un moment de satisfaction plus grande que lorsque vous avez applaudi à mes paroles, que quelle que puisse être notre opinion sur les dogmes du christianisme, nous sommes tous d'accord en considérant sa morale comme la couronne de l'humanité affranchie de l'esclavage. »

M. Moleschott a répété au congrès de Paris ces nobles paroles, qui sont particulièrement significatives dans sa bouche et qui ont été vivement applaudies. L'anthropologie criminelle ne saurait avoir un plus bel idéal.

D<sup>r</sup> LADAME.

#### LA NOUVELLE LOI ANGLAISE SUR LES ALIÉNÉS.

En attendant que nos concitoyens soient favorisés d'une législation nouvelle sur les aliénés, ils peuvent se donner la satisfaction de connaître la loi anglaise, qui vient de recevoir la sanction royale et sera mise en vigueur à partir du mois de mai 1890 (1). Les amendements adoptés par les législateurs ont principalement pour objet la sauvegarde de la liberté individuelle et la protection des intérêts des aliénés.

Un aliéné privé ne pourra être séquestré sans la sanction d'un juge de la Cour du comté, d'un magistrat salarié ou d'un juge spécialement désigné pour donner l'ordre de placement.

---

(1) V. *The Journal of mental science*, n° d'octobre 1889, p. 396.

Cet ordre est délivré sur une pétition présentée par un parent de l'aliéné, accompagnée de deux certificats médicaux.

Le magistrat insuffisamment éclairé ajourne sa décision à une date qui ne dépasse pas sept jours à partir du jour de la demande. Il *peut* visiter le malade et ouvrir une enquête dans les formes judiciaires usitées : convocation de témoins, etc. Cette enquête est privée. L'auteur de la demande de placement, le prétendu aliéné, sont seuls admis à la suivre, à moins d'ordres spéciaux donnés par le juge. Les documents apportés à l'information sont tenus secrets.

Dans les cas d'urgence, la procédure est plus expéditive. Un ordre de placement émané d'un parent, un certificat médical ayant au plus deux jours de date ; telles sont les pièces exigées. L'ordre de placement est valable pour sept jours.

Lorsqu'un malade n'a pas été examiné directement par le juge, la personne qui le garde doit informer ce malade par écrit qu'il a le droit de réclamer l'examen d'un autre magistrat que celui qui a délivré l'ordre. Si cet examen est préjudiciable à l'aliéné, les inspecteurs doivent en être informés.

La nouvelle loi prend sous sa protection les médecins signataires des certificats. Ils ne pourront désormais être inquiétés si leur bonne foi est établie. Une disposition moins heureuse est celle qui attribue à tout individu, parent ou non, le pouvoir de provoquer, avec l'autorisation des inspecteurs, un nouvel examen médical de l'aliéné séquestré. Si les nouveaux experts déclarent, après deux examens successifs, que l'aliéné n'est pas dangereux pour lui et les autres, les inspecteurs pourront ordonner sa mise en liberté.

Les intérêts des aliénés possesseurs d'un petit avoir sont sauvagardés par l'article 54. Le juge de la Cour du comté où réside l'aliéné peut déléguer un membre du corps des Gardiens, un officier de l'Union ou toute autre personne, à la gestion des fortunes n'excédant pas 200 livres appartenant à des aliénés sans famille. Des mesures utiles sont encore édictées en faveur des individus qui jouissent de leur liberté, tout en étant incapables d'administrer leurs affaires.

L'emploi de la contrainte a été prévu par les législateurs. Elle est admise dans l'intérêt du traitement médical et chirurgical et aussi lorsque l'aliéné devient dangereux pour lui et son entourage. Il ne nous déplaît pas de reconnaître cette sincérité chez nos voisins, compatriotes et continuateurs des Connelly et des Tuke. Elle démontre pleinement que le non-restraint complet est une pure utopie. Elle offre un sujet de réflexions utiles à certains de nos collègues trop systématiques. Donc la contrainte est réglementée dans les asiles d'Angleterre. Le directeur qui aura l'occasion de l'appliquer doit en

aviser les inspecteurs et leur détailler, dans un rapport, les circonstances et le mode d'application.

Nous ne saurions passer sous silence deux autres dispositions de la nouvelle loi anglaise : d'abord celle qui a trait à l'affichage, dans les asiles, du droit de réclamation qu'ont tous les aliénés, et enfin celle qui concerne la liberté complète de la correspondance.

Mentionnons enfin les dispositions restrictives qui menacent l'avenir des maisons privées. D'une part, les asiles de Comté seront mis en état de recevoir des pensionnaires ; de l'autre, aucune nouvelle licence ne sera accordée pour la création de maisons de santé. Toutefois, la loi respecte les droits acquis. Non seulement les établissements existants sont maintenus, mais leurs propriétaires peuvent les déplacer avec l'approbation des inspecteurs. Deux associés dans l'exploitation d'une maison privée peuvent se séparer et exercer isolément leur industrie, pourvu que le nombre des malades traités dans les deux maisons nouvelles ne dépasse pas la population primitive. Enfin, un directeur de maison privée ou son successeur peuvent obtenir la prorogation de leur licence.

D<sup>r</sup> Pons.

#### TRIBULATIONS DES MÉDECINS ALIÉNISTES (1).

Lorsqu'à l'occasion de la mort tragique du D<sup>r</sup> de Gudden, je fis paraître en 1887, mon *Martyrologe de la Psychiatrie*, j'espérais bien ne jamais donner une suite aux lugubres éphémérides, dans lesquelles on voyait défiler les victimes de leur dévouement à la cause des aliénés ; médecins, directeurs, employés, surveillants des deux sexes, frères, sœurs, malades même, y étaient présentés, avec leur sanglant tribut ; le drame récent qui a jeté la consternation dans Sainte-Marie, m'oblige à y ajouter encore un martyre.

Je ne reviendrai pas toutefois, ici, sur ce sombre épisode, nous allons examiner un sujet moins dangereux mais désagréable, et qui a suscité, dans maintes occasions, bien des ennuis aux médecins aliénistes ; je veux parler des tracasseries, procès, poursuites, menaces, indemnités, dommages-intérêts, condamnations même, dont un certain nombre d'entre nous ont eu à essuyer les manifestations et subir les résultats. Prenons au hasard :

En 1867, le D<sup>r</sup> X..., à cinq heures, est l'objet de coups, outrages, procès et demande de dommages-intérêts, de la part

---

(1) Extrait du *Moniteur du Puy-de-Dôme*, n° du mardi 11 décembre 1888.

d'un homme qui avait été enfermé d'office comme aliéné, mesure à laquelle il supposait que le Dr X... n'était pas étranger.

Le Dr Coindet, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Genève, fut *destitué* en 1857, par le conseil d'Etat, parce que, commis en justice, à examiner l'état mental d'une jeune fille mineure, dans des circonstances auxquelles se rattachaient des intérêts de famille, avait conclu à l'existence de l'aliénation mentale et à la nécessité du transport dans un asile; deux confrères, dans un travail à conclusion opposée, accusaient le Dr Coindet de détention arbitraire de fille mineure. Il reçut, à cette occasion, une lettre très flatteuse de tout le corps médical de Genève.

En 1858, les docteurs C... et F..., médecins des prisons de Gênes, chargés d'examiner un détenu, accusé de meurtre, le trouvèrent responsable; mais, ayant appris des détails sur les antécédents nosologiques, ils invitèrent le magistrat à surseoir, jusqu'à ce qu'ils eussent consulté le dossier qui ne leur avait pas été communiqué; ils furent *destitués* de leur charge.

Tout le monde se souvient de l'immense retentissement qu'eut en 1861, en Espagne, l'affaire S..., de l'intervention puissante de la Société médico-psychologique de Paris, et du secours des lumières qu'elle mit à la recherche de la vérité. Voici cette affaire très sommairement :

Séquestration, pour y être traitée, de la dame S... dans l'établissement privé de San-Bandidio, d'après l'avis des docteurs Mavarra et Pastor, comme étant atteinte d'aliénation mentale; une fois la personne sortie : poursuites judiciaires contre le mari, les deux frères de la dame, les deux médecins et le docteur Pujadas, directeur-médecin de l'asile en question. Sur un rapport de l'Académie de médecine et chirurgie de Valence, qui leur est contraire, ils sont tous mis en prison, puis condamnés à douze ans d'emprisonnement, la perte des droits civils, la dégradation civique et les... frais! En ayant rappelé, leur peine est abaissée. Par suite d'une supplique adressée à la reine, la réclusion est convertie en exil. Enfin la Société célèbre, citée plus haut, composée d'aliénistes et de jurisconsultes, prend la cause en main, et à l'aide d'un remarquable rapport par MM. Brierre de Boismont, Loiseau, Legrand du Saulle, les sauve. Ils sont réhabilités et réintégrés dans leurs droits.

En 1865, le médecin en chef et les surveillantes de l'institut de Mount-Rope (à Baltimore-Maryland) sont actionnés en justice, par une conspiration d'un groupe de femmes-aliénées, sous l'inculpation de mauvais traitements et séquestrations arbitraires; l'examen des faits et de l'état mental des plaignantes eut bientôt éclairé « le grand jury » de la cour de Maryland. (*American journ. of insanity*, 1866-67.)

Exemples d'aliénés libres, s'attaquant aux asiles et aux médecins-aliénistes : conférence à Saint-Jame's hall dans laquelle prennent la parole Mistress V., avant d'être placée dans un asile, en faveur de la révision de la loi, et un autre orateur, séquestré antérieurement par son frère pour, dit-il, dissidences politiques. Lettres publiées dans le *Verdl*, d'un homme distingué qui y décèle du délire halluciné. Ce médecin anglais pense avec raison qu'il devrait être défendu aux éditeurs de publier des calomnies visant personnellement des directeurs d'asiles.

Les hommes de loi connaissent, aussi bien, et peut-être mieux que les médecins, les aliénés dits persécuteurs.

En 1863, dans l'affaire R..., la partie civile demandait 60,000 francs de dommages-intérêts, solidairement payables par le chemin de fer, l'asile et le médecin. Elle fut déboutée de sa demande.

En 1887, une affaire d'internement donne lieu, dans la presse, à une philippique contre les médecins aliénistes ; l'un d'eux et des plus éminents, le docteur Ball, prend la parole à l'Académie, pour répondre à ces attaques : «... Est-il nécessaire de « prouver à la société dans laquelle nous vivons, s'écrie-t-il, « que les aliénistes ne sont pas des assassins ? On pourrait « croire que le simple bon sens suffit pour faire justice de ces « attaques insensées, et pourtant il n'en est rien. Il est, « aujourd'hui, démontré que la probité la plus incontestable, « l'abnégation la plus absolue et les plus vastes connaissances « scientifiques ne suffisent pas pour défendre un savant des « accusations les plus invraisemblables s'il est médecin et s'il « a le malheur de s'occuper des aliénés. » (Acad. méd., séance août 1887.)

En 1887, un médecin aliéniste, accusé d'avoir fait paraître un travail scientifique, dans lequel les personnalités ne sont pas suffisamment dissimulées, est poursuivi *d'office* par le parquet et accablé d'amendes, malgré ses citations d'exemples similaires ; en appel, on augmente la dose. C'est fort encourageant.

L'année dernière encore, par suite de plaintes formulées contre l'asile d'A..., griefs ressortissant bien plus de la direction que du service médical, et probablement exagérés, le docteur et l'interne sont *révoqués* immédiatement.

En 1888, le docteur B..., qui avait délivré un certificat de maladie pour l'internement d'un sieur X... dans une maison de santé, est l'objet de poursuites en demande de dommages-intérêts. Il gagne néanmoins son procès.

Toutes ces vexations de malades à médecins, quand elles n'émanent pas directement de quelque forme de délire, sont le

résultat de récriminations relatives à des internements injustes ; or, voici ce que nous apprend Baume à ce sujet : « Depuis 1828, il a été effectué plus de 350,000 admissions d'aliénés sans qu'il y ait eu un seul cas de séquestration illégale juridiquement constatée. » (*Ann. méd.-psych.*, 1887, p. 61.)

Enfin, un aliéné ayant adressé une plainte à M. le garde des sceaux avec annotation du médecin de l'asile, en marge, M. le ministre de l'intérieur adresse une circulaire relative à la transmission des plaintes et réclamations des aliénés, ordonnant que les lettres des malades lui soient désormais adressées closes et sans que l'administration de l'établissement en prenne connaissance préalable! (*Loc. cit.*, 1<sup>er</sup> déc. 1887.)

Voilà qui nous amoindrit ; nous le serons bien plus encore quand on mettra en fonctions la loi de 1888, refondue et considérablement augmentée, et compliquée.

La presse nous serre de près et nous tient au doigt et à l'œil. Le roman moderne nous traite toujours fort durement. Le théâtre lui-même ne nous épargne guère. La justice est pour nous d'une grande rigueur. La presse, je viens de le dire, et particulièrement la critique, est des plus sévères.

Ce n'est pas assez d'être exposé journellement à être assommé, vilipendé, outragé, il faut encore contenter tout le monde, et... son malade.

Par ce vent de défiance qui souffle en Europe, à l'égard des spécialistes, les plus intrépides seront découragés; déjà, en Angleterre, on ne trouve plus de médecin qui veuille délivrer de certificat d'admission ; en France on a de la peine à recruter le personnel surveillant ; si cela continue, dans trente ans, l'*aliéniste* aura disparu de la classification sociale, et sera devenu un mythe.

Et nunc, *cives, intelligite,*  
Erudimini, qui judicatis... *medicos.*

Dr HOSPITAL.

#### LE PREMIER INSTITUT ITALIEN POUR LES IDIOTS.

On lit dans la *Psichiatria* (1888, Fasc. 3 et 4) :

« Au commencement de cette année, sur l'initiative du professeur Antonio Gonnelli-Cioni, a été inaugurée à Chiavari, près Gênes, cette humanitaire institution à laquelle nous souhaitons le meilleur succès.

« Le problème de la direction et de l'éducation des idiots, qui, chez les autres nations civilisées, a donné lieu à de très louables tentatives de la part des gouvernements et des particuliers, est encore bien loin, en Italie, d'arriver à cette solu-

tion réclamée par l'esprit des temps. Il y a déjà plusieurs années que les aliénistes italiens, et principalement le sénateur Verga et le professeur Morselli, ont élevé la voix en faveur des 24,000 idiots disséminés dans toutes les parties de l'Italie, en proposant qu'une partie au moins d'entre eux fût réunie en des asiles spéciaux différents des manicomies ordinaires. Mais jusqu'alors, la cause de ces infortunés n'a pas trouvé les appuis qu'elle mérite; et il n'y a guère qu'un peu plus d'un millier d'entre eux qui bénéficie d'un internement en commun avec les aliénés, et ce n'est qu'un nombre plus restreint qui profite des avantages d'une école d'éducation dans certaines sections spéciales des manicomies de Rome, de Sienne et de Milan.

« Aussi saluons-nous avec la plus vive satisfaction la création de ce *premier institut italien pour les idiots*, où, comme nous l'avons appris par une conférence faite à Gênes par son illustre fondateur, se trouvent réunis les éléments les plus indispensables à l'amélioration morale et physique de ces malheureux. D'une autre part, nous faisons des vœux pour que cette nouvelle institution reçoive des encouragements matériels et moraux de personnes bienfaisantes et surtout de l'Etat, des communes et de la province de Ligurie.

« G. ANDRIANI. »

#### LES FLAGELLANTS MEXICAINS.

On connaît l'histoire des épidémies de *flagellants* qui régnèrent pendant le moyen âge, dans le XIII<sup>e</sup> siècle et surtout dans le XIV<sup>e</sup>, après la *peste noire*. Des multitudes nombreuses étaient tout à coup saisies du besoin de la pénitence et de la flagellation; des hommes, des femmes, des enfants, se réunissaient pour se flageller en commun, jusqu'à ce que le sang coulât sous les coups, et au milieu des prières. Morel, en son *Traité de médecine légale des aliénés* (Paris, 1876, p. 98), consacre quelques pages à ces épidémies mentales, dont l'abbé Jacques Boileau s'est fait l'historien (*Historia flagellantum*, 1700). On aurait pu croire que ce genre de manifestations religieuses, qui a exercé avec raison la verve de Voltaire (V. art. *Austérités*, du *Dictionnaire philosophique*), n'était plus qu'un souvenir historique. Il n'en est rien, si nous en croyons l'article suivant que nous empruntons au *Temps* (numéro du 24 octobre 1889), et qu'il nous paraît intéressant de reproduire:

« Un des traits les plus marqués du bouvier mexicain est sa foi profonde dans l'effet spirituel des supplices parfois atroces qu'il s'impose pour l'expiation de ses péchés. Un grand éleveur du Texas, M. Horton, donne sur ce sujet, au *Sun* de New-York, des détails caractéristiques.

Le Mexicain en train de se livrer à la flagellation, nous dit-il, ne s'inquiète plus d'autre chose, si graves que puissent être ses responsabilités. J'ai vu un troupeau de trois mille têtes se disperser de tous côtés au milieu d'un orage et subir des pertes énormes parce qu'aux premiers roulements du tonnerre tous les *cowboys*, sans exception, s'étaient jetés à genoux pour se fouetter jusqu'au sang en invoquant la miséricorde divine.

Quand l'idée de se livrer à cet exercice s'empare d'un bœuf, soit au pâturage, soit en route, il ne connaît plus rien, et les cris mêmes qu'il pousse en se frappant à tour de bras épouvantent son troupeau, qui s'échappe au triple galop. Mais ces pénitences individuelles ne sont rien auprès du spectacle révoltant qu'il m'a été donné de voir un vendredi-saint, dans certain village du Nouveau-Mexique.

Averti par un ami qu'il devait y avoir à l'église une flagellation publique pour les péchés de la paroisse, j'eus soin de m'y rendre à l'heure indiquée. Devant l'autel, un jeune homme attendait, le torse nu jusqu'à la ceinture. Le curé priait pour lui, et les fidèles agenouillés disaient leur chapelet à son intention.

— C'est Lopez le Mauvais, un des pires garnements du pays, me dit à l'oreille l'ami qui me servait de guide. Il doit avoir eu cette année le prix d'excellence à rebours et c'est lui qui va payer pour tous les autres.

En effet, les prières dites, Lopez fut pourvu d'une énorme croix, que deux hommes placèrent à grand'peine sur son épaule, et qui était longue de trois mètres au moins, en pièces de bois de huit à dix pouces d'épaisseur. Le malheureux pliait littéralement sous le faix. Il partit à pas lents, suivi de tout le monde et se dirigea vers une colline voisine du village. La procession se déroulait sur la longueur d'un mille. Elle gravit la colline, derrière le condamné. En arrivant au sommet, que couronnait une croix de fer, Lopez était exténué ; il n'aurait assurément pas été capable d'aller à cent mètres plus loin. Après avoir fait le tour du calvaire avec son fardeau, il le déposa à terre. On forma le cercle autour de lui, et aussitôt deux exécuteurs gigantesques entrèrent en scène.

Chacun avait en main une tige de cactus, longue de quatre pieds, munie de cinq ou six branches et couverte d'épines. Ces épines sont, comme on sait, aussi douloureuses qu'un aiguillon d'abeille. La moindre piqûre au doigt le fait enfler et cause une souffrance plus vive, plus lancinante que celle de l'ortie. Qu'on imagine l'effet de centaines ou de milliers d'épines semblables !

Les deux bourreaux de Lopez avaient hâte de purifier la paroisse de ses péchés sur le dos de l'infortuné, car, sans perdre

un instant, ils se jetèrent sur lui et se mirent à le battre à tour de bras avec leur tige de cactus. Quant à lui, il continuait à tourner autour du calvaire, suivi des deux exécuteurs, tandis que les spectateurs psalmodiaient une litanie lugubre. Du premier coup, son dos avait été lacéré comme par vingt coups de lance et le sang en dégouttait en ruisselets. Sa chair était frémissante, tous ses muscles se contractaient dans une sorte d'effort convulsif causé par la douleur, mais pas un cri ne sortait de ses lèvres. Et les autres frappaient, frappaient toujours... Bientôt il ne resta plus de branches aux tiges de cactus. En revanche, le dos du supplicié, depuis les cheveux jusqu'à la taille, n'était plus qu'une plaie hérissée d'épines, presque aussi nombreuses que celles d'un porc-épic.

On ramena Lopez à l'église. Là, une main compatissante passa sur son échine à vif une sorte de râcloir de bois qui en fit tomber les épines, qui, avec tous les débris de cactus que les assistants avaient ramassés au lieu du supplice, furent semées sur les dalles de la porte à l'autel. Lopez, les pieds nus, dut suivre cet affreux sentier pour revenir s'agenouiller à l'entrée du chœur. Et là ses tourments prirent fin : il avait enfin racheté les péchés de la paroisse. Ses amis l'emportèrent au logis. J'ignore s'il résista à cette épouvantable épreuve ; ce que je puis dire, c'est qu'il n'est pas rare pour les victimes de ces flagellations d'être six mois à s'en relever et que, de temps à autre, on en meurt. »

#### FAITS DIVERS.

*Récompenses décernées à des personnes ayant accompli des actes de courage contre des aliénés.* — Une médaille d'argent de deuxième classe a été décernée à M. Vétault, huissier à Saint-Georges-sur-Loire, qui est parvenu, après avoir soutenu une lutte terrible et essuyé un coup de feu, à désarmer un individu qui, atteint d'aliénation mentale, avait, en pleine audience, dirigé contre le juge de paix son revolver chargé de plusieurs balles.

D'autre part, on lit dans la *Bataille* (n° du 6 septembre 1889) : Annonay, 3 septembre. — Le maréchal des logis Pierre Guimiel et le gendarme Sieyès viennent de recevoir chacun, du ministère de l'intérieur, une médaille d'argent de deuxième classe pour le courage qu'ils ont déployé pour se rendre maîtres d'un fou furieux qui venait d'assassiner sa mère, le 23 juin dernier, à Villevocance. Ces deux militaires furent, en cette occasion, grièvement blessés ; aussi cette récompense a-t-elle été accueillie par toute la population avec le plus vif contentement. »

*Établissements d'aliénés incendiés.* — Les journaux ont

publié, dans les premiers jours de septembre, le fait divers suivant :

« Un incendie a détruit la maison de santé de M. Censier, allée de Garonne, 17, à Toulouse. Le feu, qui avait pris naissance dans la cuisine, s'est propagé rapidement, alimenté par le vent qui soufflait avec force. L'établissement a été entièrement détruit. Un sergent de pompiers a été blessé. »

Nous pouvons heureusement rectifier ce qui précède, grâce aux renseignements fournis par M. le Dr V. Parant, directeur-médecin de la maison de santé de Toulouse. Voici ce que nous écrit à ce sujet notre excellent ami et collaborateur : « Dieu merci ! les journaux ont fort exagéré la gravité du désastre, ceux du moins qui ont dit que tout l'établissement est détruit. Mais il en reste encore assez pour que la perte soit fort importante. L'incendie, que nous attribuons aux fusées d'un feu d'artifice tiré dans notre voisinage, a détruit un très grand bâtiment où se trouvaient les cuisines, les salles à manger des hommes, une grande salle de réunion pour ceux-ci, les salles de réunion des sœurs, vingt-cinq chambres, et dans les galetas des magasins où se trouvaient accumulée toute la literie d'hiver. Nos pertes, à première vue, sont évaluées 30,000 francs. Elles sont, à la vérité, couvertes par une assurance. Ce qui nous gêne le plus, c'est la destruction des cuisines ; nous avons supplié assez facilement à la destruction du reste. En somme, la marche de la maison n'a été que momentanément troublée par l'événement. »

On voit que ce sinistre, pour ne pas présenter les proportions que lui donnaient les journaux, n'en est pas moins des plus sérieux. Nous sommes l'interprète de la rédaction des *Annales* en adressant à notre savant collaborateur et à sa famille nos bien sincères sentiments de condoléance.

— Bien plus grave a été l'incendie qui a éclaté le 28 août dernier, vers huit heures du soir, à Louvain (Belgique), à l'asile des aliénés et au couvent des alexains. Ces bâtiments étaient composés d'une brasserie, du couvent, de la chapelle et des cellules des aliénés. Tout a été consumé.

Le sauvetage des 200 pensionnaires a été fort difficile et fort émouvant. On a réussi cependant à les interner tous à l'hôpital civil.

Les pertes sont considérables. Il y avait notamment, dans le couvent, des peintures anciennes très remarquables dont on n'a réussi qu'à sauver une partie.

Les causes de l'incendie sont inconnues.

Pour les articles non signés : ANT. RITTI.

TABLE DES MATIÈRES  
CONTENUES DANS LE X<sup>e</sup> VOLUME DE LA SEPTIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

**I. — Chronique.**

	Pages.
Congrès international de médecine mentale; par le Dr Ant. Ritti.	177
Lettre d'Amérique : Paralysie générale d'origine traumatique. —	
Congrès des conseils d'administration des asiles. — Othéma-	
tome chez les boxeurs. — Le drainage appliqué à l'hydrocé-	
phalie ventriculaire. — Lettre d'un malade ayant pleine con-	
science de son état de folie; par le Dr G.-B. Burr.. . . . .	187

**II. — Pathologie.**

Séméiologie et pathogénie des idées de négation. Les altérations de la personnalité dans les délires mélancoliques; par le Dr J. Séglas.. . . . .	5
Leçons cliniques sur la folie de la puberté. Quatrième leçon: Manie choréique ( <i>suite</i> ); par le Dr A. Mairet. . . . .	27
Du rêve et du délire alcoolique; par le Dr Dagonet. . . . .	193 et 337
Contribution à l'étude de la folie à deux; par le Dr Bellat. . . . .	209
Une famille de dégénérés incendiaires; par le Dr Emile Laurent. . . . .	355

**III. — Statistique.**

Étude statistique sur le suicide en France de 1827 à 1880; par le Dr A. Socquet. . . . .	43, 215 et 363
--	----------------

**IV. — Médecine légale.**

Maladies mentales des vieillards et leur influence sur la capacité pour donner et tester; par le Dr Blaute. . . . .	62
Revue de médecine légale: Incendiaires ( <i>suite</i> ); par le Dr A. Giraud. . . . .	233
Un cas de psychose épileptique; par le Dr Châtelain. . . . .	383

**V. — Établissements d'aliénés.**

Des évasions; par le Dr Hospital. . . . .	373
---	-----

**VI. — Revue critique.**

	Pages .
La responsabilité des alcooliques aux États-Unis; par le Dr A. Cullerre. . . . .	406

**DEUXIÈME PARTIE****REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE****I.— Société médico-psychologique.**

<i>Séance solennelle du 29 avril 1889.</i> — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Motet, Aug. Voisin, Déricq, Clark Bell, Morel, Biaute, Ball. — Rapport sur le prix Esquirol : M. Pichon. — Éloge de A. Dechambre : M. Ritti. . . . .	79
<i>Séance du 27 mai 1889.</i> — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Coutinho, J. Morel, Collineau, Paul Garnier. — Rapport de M. Vallon sur la candidature de M. Arnaud : élection. — Classification des maladies mentales ( <i>suite</i> ) : MM. Ball, Falret, Christian, Pichon, Magnan, Vallon. — Observations de coprolalie chez des dégénérés : MM. Brusque, Legrain, Séglas. — Des dangers du sulfonal ( <i>suite</i> ) : MM. Aug. Voisin, Marandon de Montyel, Pichon. . . . .	109
<i>Séance du 24 juin 1889.</i> — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Arnaud, Desguin, J. Morel, Bianchi, Sollier, Semal, Chambard, Thivet. — Rapport de M. Séglas sur la candidature de M. Coutinho : élection. — Note sur un cas de cocaïnisme aigu : MM. Henry, Séglas, Saury. — Classification des maladies mentales ( <i>suite et fin</i> ) : MM. Falret, Paul Garnier, Ball, Magnan. — Note pour contribuer à l'étude de l'état mental des paralytiques généraux : MM. Dupain, Déricq, Marandon de Montyel. . . . .	254
<i>Séance du 29 juillet 1889.</i> — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Ball, J. Morel (de Gand), Coutinho, Salgo, Hadjès, Christian, Ritti, Bettencourt-Rodrigues. — Automatisme ambulatoire chez une hystérique, avec crises de sommeil. Dédoublement de la personnalité : M. Jules Voisin. — Les dangers du sulfonal ( <i>suite</i> ) : MM. Febvre, Marandon de Montyel, Vallon . . . . .	417

**II. — Revue des journaux de médecine.****SOCIÉTÉS SAVANTES (1888-1889).**

(Anal. par M. le Dr CAMUSSET.)

Influence dégénérale de l'alcool sur la descendance. . . . .	438
Opération de cystocèle vaginale faite dans le sommeil hypnotique. . . . .	439

**JOURNAUX ITALIENS (1885).**

(Anal. par M. le Dr P. KÉRAVAL.)

	Pages.
Contribution à la doctrine de la température céphalique. . . . .	268
Rumination dans l'espèce humaine. . . . .	268
Classification des phrénopathies. . . . .	269
Réaction électrique de l'acoustique chez les aliénés. . . . .	270
Fine anatomie des organes centraux du système nerveux. . . . .	270
Influence de l'hydrothérapie sur la circulation cérébrale de l'homme	271
Mécanisme de la locomotion du cerveau dans ses rapports avec les mouvements de la tête. . . . .	272
Morphologie cellulaire des circonvolutions cérébrales. . . . .	272
De la structure de la glande pineale. . . . .	272
Empoisonnement suraigu par le chlorate de potasse. . . . .	273
<i>Ecchymoses post mortem</i> . . . . .	273
Applications de la dynamographie au diagnostic des désordres de la motilité. . . . .	273
Lésions de la protubérance. . . . .	274
La paranoïa. . . . .	275
Empoisonnement morphinique anormal. . . . .	275
Dipsomanie et alcoolisme. . . . .	275
Dénonciation des traumatismes délictueux selon les lois italiennes et françaises. . . . .	276
De la possibilité de masquer le phosphore dans un but d'empoisonnement. . . . .	276
Anatomie de la paire antérieure des tubercules quadrijumeaux de l'homme. . . . .	276
Meurtre d'un fils par son père. . . . .	277
Indice cérébral. . . . .	277
Tumeurs de l'endocrâne basilaire et de la dure-mère chez un dément.	278
Une microcéphale. . . . .	278
Accès maniaques avec fièvre prenant les apparences du délire aigu.	279
Double entrecroisement des faisceaux pyramidaux. . . . .	279
Trefusia chez les aliénés. . . . .	280
Recensement des aliénés des manicomies italiens. . . . .	280
Statistique des aliénés pellagreux. . . . .	280
Peptonurie chez les aliénés. . . . .	281
Pneumonie aiguë chez une aliénée avec abaissement de tempéra- ture. . . . .	282
Raptus mélancolique. . . . .	282
Un parricide. . . . .	282

**JOURNAUX ANGLAIS (1886).**

(Anal. par M. le Dr Pons.)

Du régime alimentaire dans les asiles d'Irlande. . . . .	132
Ivrognerie dans ses rapports avec la responsabilité des criminels.	133
Portée psychologique du récent programme d'admission à l'Université de Londres. . . . .	135

	Pages.
Deux cas de folie latente. . . . .	135
Cas d'auto-mutilation persistante. . . . .	137
Auto-mutilation chez une lionne. . . . .	137
Atrophie de la pariétale ascendante droite chez une amputée du bras gauche. . . . .	138
Cas d'accumulation de cheveux dans l'estomac. . . . .	138
Un cas de folie saturnine. . . . .	139
Quelques formes anormales de respiration. . . . .	139
Attaques contre les médecins aliénistes. . . . .	141
Projet de loi sur les aliénés à la Chambre des lords. . . . .	142
Aliénation mentale et crime. . . . .	283
Admission des enfants idiots et imbéciles dans les asiles d'aliénés. . . . .	285
Appétit chez les aliénés. . . . .	286
Lésion d'un hémisphère cérébelleux associé avec la dégénérescence olivaire du côté opposé. . . . .	288
Trois cas de suffocation. . . . .	289
Quatre cas intéressants d'affections abdominales. . . . .	289
Intoxication saturnine avec désordres mentaux et nerveux. . . . .	290
Guérison de la folie chez une femme à barbe par l'ablation de cet appendice. . . . .	291
Ovariotomie chez une aliénée. . . . .	291
Classification des maladies mentales. . . . .	292
Rapports des mariages consanguins avec l'aliénation mentale. . . . .	294
Accroissement prétendu de l'aliénation mentale. . . . .	296
Cas de médecine légale où la folie a été discutée. . . . .	298
Intoxication saturnine chronique avec épilepsie et folie. . . . .	299
Tendances au suicide chez les imbéciles. . . . .	300

**JOURNAUX AMÉRICAINS (1883-1885).**

(Anal. par M. le Dr ALBERT CARRIER.)

Responsabilité dans l'anesthésie alcoolique. . . . .	300
Hygiène du système nerveux et de l'esprit dans les maladies. . . . .	304
Cas de folie au point de vue judiciaire. . . . .	303
Premières phases de l'ivrognerie. . . . .	304
Soins à donner aux aliénés. . . . .	305
Commissure postérieure du cerveau. . . . .	306
Cas de folie psycho-sensorielle. . . . .	307
Origine possible de certaines conceptions délirantes. . . . .	307
Des fous et de leur folie. . . . .	308
Lésions cérébrales dans la folie chronique. . . . .	310
Construction des asiles au point de vue de la répartition des différentes formes de la folie. . . . .	310
Conduite à tenir à l'égard des ivrognes. . . . .	311
Examen psychologique d'une épileptique. . . . .	312
Pathologie de l'idiotie. . . . .	312
Rapports entre les symptômes et les lésions médullaires de la sclérose spinale postérieure. . . . .	313
Folie post-névralgique encéphalotrophique. . . . .	314
Du droit d' <i>Habeas corpus</i> dans les asiles d'aliénés. . . . .	450
Qu'est-ce que la folie morale? . . . . .	450

## TABLE DES MATIÈRES

495

	Pages.
Des droits des aliénés. . . . .	431
Epilepsie à la suite de fractures du crâne. . . . .	431
Responsabilité des aliénés en dehors des asiles. . . . .	432
Éducation spéciale des infirmiers d'asile. . . . .	432
Visite à l'asile de Bothwell. . . . .	433
Thérapeutique de la folie. . . . .	433
Méningo-cérébrite progressive chez les aliénés. . . . .	434
Echo-signes chez un épileptique. . . . .	435
Relations de la folie et du crime. . . . .	435
De l'hérédité. . . . .	436
Progrès accomplis dans l'assistance des aliénés. . . . .	437
Capacité mentale dans certains cas de fièvre typhoïde. . . . .	437
Traitements des aliénés. . . . .	438
Paraldehyde, nitro-glycérine et cornouiller de la Jamaïque. . . . .	438
Cas de tumeur du cerveau. . . . .	439
Bourdonnements d'oreilles. . . . .	439
Prévention de la folie. . . . .	461
Cas de mélancolie suicide et homicide. . . . .	462
Verrücktheit primitive et initiale. . . . .	462
Monomanie. . . . .	464
Hygiène mentale. . . . .	464
De la pyromanie. . . . .	464
Causes de la folie susceptibles de mesures préventives. . . . .	465
Revue historique de la pathologie cérébro-spinales des quarante dernières années. . . . .	466
Éducation au point de vue de la prévention et du traitement de la folie. . . . .	466
Cas de folie circulaire. . . . .	467
Extrait fluide de camellia et d'hydrobromate d'hyoscine. . . . .	468
Curabilité de la folie. . . . .	468
Vin nouveau dans de vieilles bouteilles. . . . .	469

**JOURNAUX ALLEMANDS (1887-1889).**

(Anal. par MM. les Drs Al. ADAM et CLARET.)

Psychoses à la suite de lésions mécaniques. . . . .	143
Hypnotisme et suggestion. . . . .	145
Un nouvel hypnotique, le chloralamide. . . . .	469

**III. — Bibliographie.**

Histoire des origines de l'asile de Dordrecht; par M. le Dr Van der Chys (Anal. par M. le Dr Germain Cortyl). . . . .	147
La folie. Causerie sur les troubles de l'esprit; par le Dr Châtelain (Anal. par le Dr Legrain). . . . .	151
Les émotions chez les sujets en état d'hypnotisme. Etudes de psychologie expérimentale, etc.; par le Dr J. Luys. — Hypnotisme; états intermédiaires entre le sommeil et la veille; par le Dr Coste de Lagrave. — L'inconscient. Etude sur l'hypnotisme; par le Dr Coste (Anal. par le Dr Cullerre). . . . .	153

	Pages.
Les gynécomastes ; par le Dr Émile Laurent. — Les dégénérés dans les prisons : par le même (Anal. par le Dr L.-F. Arnaud).	157
De la folie. Traitement et prophylaxie ; par le Dr J.-A. Campbell. — Réflexions à propos de trois cas de folie ancienne terminés par la guérison ; par le même (Anal. par le Dr Cullerre).	159
De la paralysie alcoolique et de la paraplégie alcoolique, par le Dr Korsakoff, de Moscou (Anal. par S. Lwoff).	315
Petit atlas photographique du système nerveux ; par le Dr J. Luys (Anal. par le Dr L. Camuset).	470
<b>BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.</b>	<b>162 et 472</b>
<b>ASSOCIATION MUTUELLE DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE.</b> Séance du 13 mai 1889.	<b>463</b>
 <b>IV. — Variétés.</b>	
Nominations et promotions : MM. Lemoine, Mairet, Renaudin, Caux, Gallopain, Samuel Garnier, Faucher, Doursout, Paté, Balet, Jules Sizaret, Gérmain Cortyl, Paris, Homery. — Congrès international de médecine mentale. — La question des asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels, à l'Académie de médecine de Belgique. — Prix de la Faculté de médecine de Paris. — Faits divers.	168
Nominations et promotions : MM. Rey, Collineau, Lemoine, Gilbert Petit, Taguet, Doutrebente, Dubief, Marandon de Montyel, Gallopain, Ramadier, Déricq, Boiteux, Meilhon, Legrain, Verneau, Campan. — Nécrologie : J. Cotard, Peybernès, Veysset. — Congrès international de médecine mentale : Fêtes et excursions scientifiques. — Le suicide en France pendant l'année 1887. — Faits divers.	318
Nominations et promotions : MM. Guinon, Blocq, Lafon, Galès, Schils, Sizaret, Paris, Pagès. — Récompenses de l'Exposition universelle. — Nécrologie : Leidesdorf, Rota. — Le service des aliénés de la Loire-Inférieure : Vœux présentés au Conseil général. — Deuxième congrès international d'anthropologie criminelle, tenu à Paris du 10 au 17 août 1889. — La nouvelle loi anglaise sur les aliénés. — Tribulations des médecins aliénistes. — Le premier Institut italien pour les idiots. — Les flagellants mexicains. — Faits divers.	473
Table des matières du dixième volume de la VII <sup>e</sup> série.	491

Table des matières du dixième volume de la VII<sup>e</sup> série. . . . . 491

After the first meeting, the two agencies will establish a joint committee to handle all aspects of the new joint effort. The joint committee will consist of one representative of each agency.

4447. — Paris. Typographie Gaston Née, rue Cassette, 4.