Bibliothèque numérique

medic@

Annales médico-psychologiques

n° 11. - Paris: Masson, 1890.
Cote : 90152, 1890, n° 11

BIUM

(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?90152x1890x11

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

©BIUM

©BIUM

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

PAR MM. LES DOCTEURS

BAILLARGER

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

ET

RITTI

Médecin de la Maison nationale de Charenton.

—

SEPTIÈME SÉRIE. — TOME ONZIÈME

QUARANTE-HUITIÈME ANNÉE

90152

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, boulevard Saint-Germain, 120

—

1890

©BIUM

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique.

Une mercuriale sur la législation des aliénés au Congrès de médecine mentale. — L'ivresse émotionnelle. — Anatomie pathologique de l'épilepsie dite essentielle. — Le sens musical des idiots. — L'électrothérapie dans les maladies mentales. — *Histoire de la philosophie pendant la Révolution (1789-1804)*, par M. Ferraz. — *Les aliénés en 1789 et 1889*, par M. E. Régis. — *Croquis et Nouvelles*, par M. le Dr Chatelain.

Les orateurs des séances de rentrée solennelle des tribunaux ont, depuis quelque temps, pris l'habitude — excellente à notre avis — de choisir pour sujets de leur discours des questions connexes au droit et à la médecine, qui, à des titres divers, préoccupent l'opinion publique. Parmi les discours de rentrée prononcés cette année par l'un de ceux qui représentent le gouvernement, sur « un sujet convenable à la circonstance », pour employer le langage d'autrefois, nous relevons ceux de M. Saint-Aubin, avocat général à Grenoble, sur *le criminel et l'anthropologie criminelle ;* de M. le substitut du procureur général Grillet de Fleurette, à Agen, sur *l'hypnotisme au point de vue médico-légal*,

©BIUM

et plus spécialement celui de M. Paul Cottignies, avocat général à Besançon, sur *la législation des aliénés au Congrès de médecine mentale*. Ce dernier a pour nous un intérêt tout particulier; il nous importe de savoir si toute la magistrature partage les sentiments exprimés au Congrès par M. le premier Président de la Cour de cassation sur la loi de 1838, et sur la revision à laquelle elle a été soumise.

Le discours de M. Cottignies est écrit dans un style sobre et précis; il résume admirablement les opinions émises par les orateurs du Congrès sur la législation des aliénés; mais ses appréciations nous prouvent une fois de plus que, dans cette question, il y a deux points de vue différents, nous ne dirons pas opposés. Il y a celui du magistrat et celui du médecin. Celui-ci ne voit dans l'aliéné qu'un malade à soigner, à qui l'accès de l'asile où il doit recevoir des soins doit être facilité; le magistrat, au contraire, n'envisage que la question de la séquestration, de l'atteinte portée à la liberté de l'individu. Au Congrès de médecine mentale, c'est le point de vue médical qui a prédominé; M. Cottignies, lui, semble pencher plutôt vers le second point de vue, c'est-à-dire l'intervention de la magistrature, dans la plus large acception du mot : c'est d'ailleurs la thèse qui a fini par l'emporter dans la discussion du Sénat.

M. l'avocat général de Besançon, laissant de côté dans son discours la question des biens des aliénés, ne s'occupe que de sa personne; il se propose de l'envisager dans les trois situations suivantes : lors du *placement* dans l'asile, pendant le *traitement* et lors de la *sortie* de l'asile. Il se demande « si, dans ces trois situations, la liberté individuelle, d'une part, et les droits de la société, d'autre part, sont entourés de garanties suffisantes par la législation actuelle », et il examine successivement la question en ce qui concerne les aliénés

©BIUM

inoffensifs, les aliénés dangereux et les aliénés criminels.

En ce qui concerne les premiers de ces malades, M. Cottignies admet complètement les dispositions de la loi, telle qu'elle est sortie des délibérations du Sénat (V. *Annales méd.-psych.*, 1887, t. VI, p. 254 et suiv.). On sait que les articles 35 à 40 de cette loi stipulent que tout individu, rentrant dans la catégorie des aliénés criminels, devra être envoyé devant le tribunal, en Chambre de Conseil, qui statuera s'il doit être séquestré dans l'asile spécialement affecté à ce genre de malades. Les mêmes formalités devront être remplies pour sa sortie.

Nos lecteurs se rappellent que M. Rouillard a soulevé cette question dans la dernière séance du Congrès. Il a même exprimé l'opinion, soutenue par d'autres médecins aliénistes, que tout aliéné assassin ou meurtrier soit maintenu à perpétuité dans l'asile de sûreté; et il a donné des exemples saisissants à l'appui de cette thèse. M. Cottignies qui les cite est bien près de donner raison à M. Rouillard; mais il considère comme « dangereux de fermer la porte à toute sortie par un texte. Ce ne serait pas respecter l'opinion du médecin; c'est lui imposer une décision. La thérapeutique psychologique peut faire des progrès, et le traitement de ce qui aujourd'hui semble incurable peut être trouvé. Il ne faut pas qu'un texte barbare défende à la science de progresser et enlève toute initiative au médecin ».

Pas plus que M. le professeur Ball, dans sa communication au Congrès, nous ne saurions accepter la distinction, admise par M. Cottignies, entre les aliénés dangereux et les aliénés inoffensifs. Quoi qu'il en soit, M. Cottignies admet pour le placement des uns et des autres dans les asiles l'intervention de la magistrature; grâce à elle, pense-t-il avec M. Morellet, sénateur,

©BIUM

« une erreur médicale ou une connivence ne seront plus guère possibles. » Nous doutons fort que, depuis la promulgation de la loi du 30 juin 1838, il y ait eu autant d' « erreurs médicales » ou même de « connivences », qu'on semble l'insinuer ; mais à qui fera-t-on croire que des « erreurs médicales » seront évitées parce que des médecins, dont la compétence en pathologie mentale ne saurait être contestée, auront été contrôlés par des magistrats qui, au dire de M. le premier Président de la Cour de cassation, sont incompétents en cette matière?

Quelque difficile donc que soit la tâche que la nouvelle loi sur les aliénés impose à la magistrature, M. Cottignies ne la récuse pas en ce qui concerne le placement et la sortie des aliénés, afin de garantir leur liberté individuelle. En ce qui concerne cette garantie pendant le traitement, l'orateur ne s'explique pas. La question ne laisse pas que d'être délicate et difficile. En effet, est-il possible d'indiquer dans une législation ce que le médecin aura ou non le droit de prescrire à un malade sans porter atteinte à sa liberté ? Pourrait-il, sans autorisation de la magistrature, l'*enfermer* dans une cellule d'isolement, lorsqu'il est agité et furieux ; le *forcer* à prendre des bains et de la nourriture, ou à suivre tel autre mode de traitement auquel il veut se soustraire? Veut-on, au contraire, soumettre le médecin à un contrôle en ce qui concerne sa manière de traiter les aliénés? Mais, en ce cas, qui chargerait-on de ce contrôle? Et, pour être efficace, ne devrait-il pas être de tous les instants? Alors, se demandera-t-on avec raison, pourquoi toute une catégorie de médecins, les médecins aliénistes, est-elle seule soumise à un contrôle, et pourquoi les médecins ordinaires y échappent-ils? Les médecins, chargés du traitement des aliénés, auraient ainsi une sorte de privilège à rebours,

©BIUM

peu flatteur pour eux. A-t-on jamais songé à légiférer à propos des nombreux délirants fébriles à qui, dans les hôpitaux, on met journellement la camisole et qu'on prive ainsi de leur liberté? Il ne saurait donc être question de s'occuper, au point de vue législatif, de garanties dont devrait être entouré l'aliéné pendant le traitement. M. Cottignies a compris lui-même, sinon l'impossibilité, du moins la difficulté de cette tâche, puisqu'il n'en est pas question dans son discours. Tout au plus pourrait-on y rattacher les dernières pages qu'il consacre à l'amélioration du service médical des aliénés, à la division des fonctions de directeur et de médecin en chef, à la proportion plus grande de guérisons qu'amènerait cette division, etc. Mais ce n'est pas le moment de discuter ces problèmes, quelque importants qu'ils puissent être.

Il n'est plus guère de mode de citer Montesquieu; cependant, à propos des difficultés que présentera dans la pratique la nouvelle loi sur les aliénés et que des esprits distingués, tels que M. Constans (1) entre autres, ont fait ressortir, on peut rappeler avec raison les paroles suivantes de l'auteur de l'*Esprit des lois :* « Les formalités de la justice sont nécessaires à la liberté. Mais le nombre en pourrait être si grand qu'il choquerait le but des lois mêmes qui les auraient établies : les affaires n'auraient point de fin..... »

Je me suis arrêté un peu longuement sur l'éloquente mercuriale de M. l'avocat général de Besançon ; mais il y a toujours plaisir à discuter avec un esprit éclairé, qui, ne se contentant pas de la vérité de son milieu, s'efforce de se plier aux pensées et aux impressions des autres.

(1) Aperçus critiques sur les derniers projets de modifications à la loi du 30 juin 1838, in *Ann. méd.-psych.*, 1883, t. X p. 416.

©BIUM

« Certaines personnes, douées d'une sensibilité extrême, peuvent recevoir une commotion si profonde par une affection vive et brusque, que toutes les fonctions morales en sont comme suspendues ou oblitérées : une joie excessive, comme une forte frayeur, peut produire ce phénomène si inexplicable. » Cette étiologie de certaines formes de troubles mentaux, si bien indiquée par Pinel (*Traité méd.-phil. sur l'alién. ment.*, 1809, p. 184), n'a pas été généralement acceptée. Esquirol admettait la folie consécutive à « une forte frayeur », mais non celle due à « une joie excessive ». Ce qui est certain, c'est que la forme d'aliénation mentale que Pinel confondait avec l'idiotisme, et que M. Baillarger a si bien décrite sous le nom de mélancolie avec stupeur, est souvent provoquée subitement par une émotion morale violente, ordinairement de nature terrifiante.

Voici maintenant une série de faits où une joie subite et excessive provoque brusquement des phénomènes analogues à l'ivresse. Le premier en date est celui publié par Crichton-Browne sous le titre d'intoxication psychique. Il s'agit d'un jeune homme qui, après une longue série d'infortunes et de revers, apprit tout à coup par le télégraphe la nouvelle d'un héritage qui le mettait dans une aisance relative. Après un instant de surprise et de dépression, il s'exalta, s'excita même au point qu'il ne pouvait rester assis ni se retenir de rire, de marcher et de s'agiter dans sa chambre. Cette excitation ne fit que s'accroître pendant une promenade en plein air ; il fut comme étourdi, perdait la direction de ses idées et fut pris d'une hilarité extraordinaire. Peu à peu, cet état prit tous les caractères d'une intoxication alcoolique aiguë : loquacité incohérente, gestes désordonnés, obstination de l'homme ivre ; face congestionnée, tête chaude, traits animés, yeux injectés, etc. Sept heures après le commencement de l'attaque, vomissements, et

©BIUM

le calme se rétablit; enfin, sommeil d'une durée de sept heures, d'où le malade sortit le lendemain, tranquille et raisonnable, mais souffrant de nausées, de mal de tête et d'une grande prostration. Après une légère rechute de courte durée dans la journée, la santé habituelle fut complètement récupérée.

A ce fait, isolé dans la science et que nous trouvons reproduit dans un mémoire de M. Ch. Féré (*L'ivresse émotionnelle*, in *Revue de médecine*, numéro de décembre 1888), ce savant confrère en ajoute un autre observé par lui et qui n'est pas moins caractéristique. Il s'agit d'un dessinateur, âgé de trente-deux ans, d'un tempérament névropathique très prononcé, qui reçut un beau matin, pendant qu'il s'habillait, une lettre lui annonçant qu'il avait obtenu une situation honorable et rémunératrice qu'il avait cessé d'espérer. Aussitôt la lecture de la lettre achevée, il fut pris d'exaltation, parlant avec volubilité, donnant à tous ceux qui l'entouraient des marques de tendresse; son langage et ses gestes devinrent incohérents; il se sauva de chez lui à demi vêtu et on eut beaucoup de peine à le ramener dans sa chambre. Au bout de plus de deux heures d'excitation, il se mit tout à coup à trembler de tout son corps, puis s'affaissa. Quand on le releva, on remarqua un air d'hébétude et le mutisme le plus complet. Cet état se dissipa après un sommeil ininterrompu de près de dix-neuf heures; il ne persista pendant quelques jours encore que la faiblesse des jambes.

Quelques mois après la publication du travail de M. Féré, parut dans un journal anglais un court travail que l'*Union médicale* (numéro du mardi 29 octobre 1889) reproduit sous ce titre : *L'ébriété de la joie subite*. L'auteur, le Dr John-A. Lanigan, cite cinq cas, dont deux qui lui sont personnels. Nous ne citerons que ces derniers. Le premier concerne une dame, qui, au dîner de

©BIUM

baptême de son enfant, quoiqu'elle n'eût bu une goutte de vin, devint subitement excessivement gaie, parlant au hasard de plusieurs choses tout à fait hors de propos. Au bout de quelque temps, prise de torpeur, il fallut la porter dans son lit. — Le second cas est celui d'un individu, qui, apprenant que ses appointements venaient d'être augmentés d'un millier de dollars, fut pris d'une joie extrême ; puis, une demi-heure après, il tomba dans un état de torpeur. Cet état maladif dura près de huit jours : tantôt, il était abattu et disait qu'il avait besoin d'être soulagé ; tantôt, il essayait de chanter. Parfois, il se mettait à prier, affirmant qu'il allait mourir, et demandait un prêtre. L'auteur fait remarquer que ce malade ne buvait presque jamais de liqueurs fortes.

Ces faits sont intéressants à plus d'un titre ; ils méritent d'appeler l'attention des observateurs. Ce qui importe, outre la description exacte des symptômes et la constatation précise de la cause occasionnelle de ces accès d' « ivresse émotionnelle », c'est la recherche de la cause prédisposante. M. Lanigan dit à ce sujet : « La question qui se présente est celle-ci : le passage *subit* d'un état de l'esprit à un état différent peut-il produire un tel enchaînement de phénomènes sans que le sujet présente d'ailleurs une condition pathologique, ou bien est-il nécessaire qu'il existe au préalable une maladie dans un de ses organes? » Les observations qu'il publie ne sont pas assez développées pour permettre de répondre à l'une ou à l'autre de ces questions. Celles de M. Féré sont plus instructives : dans les deux cas, il s'agit d'individus neurasthéniques, dont les antécédents héréditaires, nerveux ou mentaux, ne laissent aucun doute sur la prédisposition spéciale.

L'anatomie pathologique de l'épilepsie est encore très obscure et, malgré le nombre considérable d'obser-

©BIUM

vations accumulées, il est impossible d'en tirer des connaissances un peu précises sur les lésions déterminantes du haut mal. Parmi les altérations cérébrales qui semblent avoir été observées le plus fréquemment sont celles siégeant dans les cornes d'Ammon. Dès 1825, Bouchet et Cazauvieilh les ont constatées ; depuis cette époque, les observations se sont accumulées tant en France qu'à l'étranger. M. Coulbault les a réunies, en y ajoutant des faits nouveaux, dans son excellente thèse de doctorat : *Des lésions de la corne d'Ammon dans l'épilepsie* (Paris, 1881). Le plus ordinairement, ces lésions consistaient surtout en une induration scléreuse du tissu ; quant aux analyses histologiques, au nombre de trois, qui ont été faites, elles semblent établir que le processus, dans son intimité, doit être considéré comme une hyperplasie conjonctive aboutissant à la destruction granulo-graisseuse des vaisseaux et des cellules pyramidales.

Ces recherches viennent d'être reprises par le Dr Chaslin, médecin suppléant de l'hospice de Bicêtre, dont les connaissances en micrographie sont justement estimées. Notre savant collègue a examiné cinq cerveaux d'épileptiques provenant du service de M. Charles Féré. Nous ne reproduirons pas les considérations histologiques dans lesquelles il est entré dans la note qu'il a publiée pour faire connaître les résultats de ses recherches (1) et qui se trouve résumée dans les deux conclusions suivantes :

« 1° Certaines lésions, décrites sous le nom de sclérose cérébrale, doivent être, du moins quelques formes d'entre elles, dues à la prolifération du tissu de soutènement, en particulier des fibrilles de la névroglie. Je

(1) *Note sur l'anatomie pathologique de l'épilepsie dite essentielle*, in *Journal des connaissances médicales*, numéro du 21 mars 1889.

©BIUM

proposerai pour ces cas le nom de *sclérose névroglique*, ou de gliose.

« 2° L'induration de quelque point de l'encéphale, en particulier des cornes d'Ammon ou des olives, a été signalée depuis longtemps dans l'épilepsie. Cette induration est le signe extérieur de la prolifération cachée de la névroglie. *Quand il n'y a pas de lésion macroscopique, on retrouve partout le même processus fondamental névroglique pathologique.* Cet excès de production du tissu de soutènement me paraît devoir être attribué à une lésion de développement ou d'évolution, à cause du rôle important joué par l'hérédité dans l'épilepsie et vu l'absence, dans mes cas, de signes d'inflammation bien nette. L'épilepsie essentielle, quand il n'y a pas de lésion apparente, est due à la prolifération de la névroglie. Dans la majorité des cas où il y a une lésion apparente, c'est encore la prolifération névroglique qui est la cause de l'épilepsie. »

M. Chaslin, poursuivant ses recherches, ne peut manquer de donner de plus amples développements à ses idées, qui intéressent tous ceux qui s'occupent de neuropathologie.

L'aptitude des idiots pour la musique a été constatée depuis longtemps. D'après Esquirol, « presque tous, même ceux qui sont privés de la parole, chantent et retiennent des airs. » L'illustre aliéniste, dans une des nombreuses observations dont il a semé son article sur l'idiotie, rappelle une scène intéressante, non seulement au point de vue médical, mais aussi pour le rôle qu'y a joué un musicien qui a depuis acquis une grande célébrité (1). L'observation est celle de la nommée Quéneau, idiote âgée de soixante-deux ans, qui ne possédait

(1) *Des maladies mentales*, Paris 1838 (éd. belge), t. II, p. 87.

©BIUM

qu'un langage articulé primitif, mais avait une « singulière capacité musicale », comme le prouve ce qui suit. « Le 25 août 1833, M. Liszt (il avait alors vingt-deux ans), sur l'invitation de Leuret, voulut bien se prêter aux expériences suivantes, qui furent faites, M. le Dr Mitivié présent, dans le cabinet de M. Pariset, médecin de la division des aliénées de la Salpêtrière. M. Liszt improvise plusieurs airs, Quéneau les saisit ; mais, éprouvant de la difficulté à les répéter, sa voix ne pouvant s'élever au ton sur lequel a chanté le célèbre musicien, les traits de cette fille expriment l'effort de la contrariété. M. Liszt touche du piano ; Quéneau est immobile, les yeux attentifs sur les doigts du grand artiste, ou bien elle entre dans une sorte de mouvement convulsif, se tord en divers sens, mord ses poings, frappe du pied, lève les yeux au ciel et fait des efforts pour se mettre à l'unisson. Le passage des sons graves aux sons aigus provoque une contraction soudaine de tous les muscles de Quéneau, comme si elle était atteinte par une décharge électrique. Cette dernière expérience, renouvelée plus de vingt fois, a toujours eu le même résultat. M. le Dr Leuret entraîne Quéneau hors du cabinet et lui montre des abricots. Aussitôt M. Liszt touche du piano, Quéneau se retourne vivement, et tout le temps que l'instrument se fait entendre, son regard est fixé sur le musicien, et elle revient aux abricots dès que la musique a cessé. »

Mais cette capacité pour la musique que possèdent les idiots, il serait intéressant de pouvoir la mesurer. Tous la possèdent-ils au même degré ? Y a-t-il des catégories à établir ? C'est ce qu'a essayé de faire M. le Dr Wildermuth, de Stetten (1), et voici comment il a

(1) *Untersuchungen über den Musiksinn der Idioten* (Recherches sur le sens musical des idiots), in *Zeitschrift für Psychiatrie*, Bd XLV.

©BIUM

procédé. Il a pris 180 idiots à différents degrés et 80 enfants sains, et a recherché chez eux, avec le plus de précision possible, la capacité vocale, le sens de l'harmonie, la mémoire musicale, etc. Puis il les a classés les uns et les autres dans quatre groupes différents, selon une progression descendante, depuis le premier comprenant ceux qui possèdent ces qualités au plus haut degré jusqu'au dernier où elles n'existent nullement ; et il obtient les proportions suivantes :

	I^re^ classe.	II^e^ classe.	III^e^ classe.	IV^e^ classe.
Idiots.	27 p. 100	36 p. 100	26 p. 100	11 p. 100
Enfants sains d'esprit	60 —	26 —	11 —	2 —

Ces résultats constituent une preuve des plus évidentes du développement relativement élevé du sens musical chez les idiots. M. Wildermuth ajoute avec raison que ce qui le rend encore plus frappant, c'est que ces êtres dégradés manquent absolument de sentiment esthétique pour les autres manifestations artistiques; qu'ils n'ont aucun plaisir à la vue d'un beau paysage ou d'un beau tableau. Il trouve, en outre, des analogies physiologiques de cette manière d'être de l'idiot dans ce fait que l'enfant normal manifeste, dès l'âge de trois mois, de la joie à entendre la musique et que certains enfants retiennent des mélodies dès leur première année. Même chez certains mammifères on rencontre sans aucun doute le sentiment musical.

Une conséquence pratique de ce travail, sur lequel notre auteur ne manque pas d'insister, c'est qu'il importe, dans les asiles d'idiots, de cultiver avec soin le chant, et surtout le chant accompagné de mouvements rythmiques ; le sentiment du mouvement coordonné se trouve dans ce cas en quelque sorte aiguisé par la simultanéité du chant. Ce sont là des principes bien connus des éducateurs d'enfants idiots, mais qu'il est toujours important de rappeler.

©BIUM

La littérature médicale française est très peu riche en travaux sur l'application de l'électricité au traitement des maladies mentales. Nous n'avons guère à citer que les mémoires de Teilleux et d'Anzouy, publiés en 1859 dans les *Annales médico-psychologiques* (3e série, t. V, p. 351 et 527). Il est regrettable que ces auteurs n'aient pas poursuivi leurs recherches avec plus de persévérance. Il y avait là, en effet, un filon nouveau à suivre, que les médecins allemands et anglais ont su exploiter non sans succès. Il suffit de rappeler les travaux de Bénédikt, de Rud. Arndt, de Beard et Rockwell, de H. Schüle, de tant d'autres encore qu'il serait trop long de citer.

M. J. Morel (de Gand) a publié récemment, dans le *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique* (numéro de mars 1889), une excellente étude sur la question, intitulée : *L'électricité dans les maladies mentales*. Notre savant collègue n'a pas la prétention d'apporter un contingent nouveau aux faits déjà connus ; il a voulu simplement exposer ceux-ci, en établissant en quelque sorte le bilan de la science sur ce point délicat de thérapeutique des affections mentales.

Après un historique très complet des différentes phases de cette étude, l'auteur décrit l'action des courants galvanique et faradique sur le cerveau, les principaux procédés opératoires en usage dans l'électrothérapie, enfin les indications pour l'emploi des courants électriques. On comprend aisément que nous ne puissions entrer ici dans le détail de ces descriptions ; ce qui importe surtout, c'est d'attirer l'attention de nos lecteurs sur les résultats. Voici ceux que M. Morel est parvenu à réunir, en compulsant les auteurs allemands et anglais :

C'est dans la *mélancolie simple* et dans la *mélancolie avec stupeur* que l'électrothérapie semble avoir le plus

©BIUM

d'efficacité. Ainsi Tigges rapporte quatre séries de malades mélancoliques, ayant subi ce traitement : la première comprend quinze cas, qui ont donné des *résultats particulièrement avantageux ;* la seconde, seize où les *résultats furent heureux, mais moins frappants ;* la troisième, trente-huit dans lesquels le courant galvanique n'eut qu'une *action favorable partielle ou momentanée ;* la quatrième enfin, comprenant vingt-sept cas, où l'on n'observa pas la *moindre influence sur la marche de la maladie.*

Sur vingt-sept cas de mélancolie avec stupeur, traités par le même procédé, il y eut un *succès évident* dans trois cas, et dans sept autres cas un *résultat favorable, mais moins frappant ;* dans dix-neuf cas, le *résultat ne fut que partiel ou temporaire ;* enfin, dans les quatre derniers, il fut *nul ou laissa à désirer.*

Dans la manie, l'électrothérapie donne peu de succès ; dans les délires partiels, elle agit surtout sur certains éléments symptomatiques, tels que les hallucinations de l'ouïe. Il n'y a naturellement que peu de chose à attendre de cette méthode de traitement dans la démence et dans la paralysie générale. Voici cependant, en ce qui concerne cette dernière affection, ce qu'a obtenu Heyden, qui toutefois ne recommande l'emploi de la galvanisation que dans la péri-encéphalite de date récente et n'excédant guère trois mois. Cet observateur a fait des essais sur neuf malades. « Il n'obtint, dit M. Morel, qu'un seul résultat relativement favorable chez un patient dont la maladie ne datait que depuis trois mois. Ce malade jouit depuis une année et demie de la liberté et a repris ses occupations habituelles. Il est vrai que Heyden n'en tire aucune conclusion, sachant qu'il y a parfois des paralytiques qui, sans subir le moindre traitement, arrivent à une rémission plus ou moins complète. Chez sept autres paralytiques récents, il n'obtint pas la moindre amélioration. Chez son neuvième malade,

©BIUM

il réussit à soulager les sensations qui le tourmentaient depuis neuf mois, mais l'état mental resta stationnaire. »

L'électricité peut rendre des services très importants dans le traitement des folies névrosiques, qu'il s'agisse de l'épilepsie ou de l'hystérie, de la chorée ou de l'hypocondrie. Seulement dans ces affections, comme dans les autres formes de maladies mentales, les indications morbides ne sont pas encore nettement établies ; on se trouve encore en plein empirisme. De nouvelles recherches, longues et patientes, s'imposent encore aux observateurs avant de pouvoir poser les règles précises de l'électrothérapie en psychiatrie. Le travail si clair et si complet de M. Morel, en nous montrant le chemin parcouru et les difficultés vaincues, encouragera sans doute quelques-uns de nos confrères que ne rebutera pas cette tâche ardue, à expérimenter sur leurs malades une méthode de traitement sur lequel on fondait, dès le principe, les plus grandes espérances.

Dans la chronique du numéro de septembre 1888, nous rendions compte de l'*Histoire de la philosophie en France au XIX^e^ siècle*, de M. Ferraz, membre correspondant de l'Institut, et, en particulier, du troisième volume, consacré au spiritualisme et au libéralisme. Le savant historien vient de compléter son œuvre par un volume consacré au tableau de la philosophie française pendant la Révolution (1). C'est, de toutes les périodes de l'histoire de cette philosophie, la moins connue peut-être ; mais, comme le dit l'auteur, « c'est pourtant une période intéressante, non seulement parce qu'elle marque la fin d'un siècle et le commencement d'un autre, qui

(1) *Histoire de la philosophie pendant la Révolution (1789-1804* par M. Ferraz, correspondant de l'Institut. 1 vol. in-12, Paris, 1889. Perrin et C^ie^, libr.-édit.

©BIUM

le continue sans lui ressembler, mais encore parce que les doctrines qui s'y produisent ont par elles-mêmes une véritable valeur. » Nous n'en voulons pour preuve que les noms des penseurs dont les travaux sont analysés dans ce volume : Garat, Laromiguière, Destutt de Tracy, de Gérando, Volney, Condorcet et surtout Cabanis, dont l'œuvre a une si grande importance dans l'histoire des idées biologiques du début de ce siècle. Ses mémoires sur les *Rapports du physique et du moral de l'homme* ont été, pendant près de cinquante ans, le livre de chevet de la plupart des aliénistes, qui y ont puisé largement pour édifier leurs théories sur la folie, pour y chercher des preuves sur les analogies qui existent entre le rêve et le délire, etc. M. Ferraz consacre avec raison un chapitre très étendu — le plus étendu de son volume — à l'analyse de l'œuvre de cet esprit si élevé et si sympathique, au commerce duquel il y a encore tant à gagner, même aujourd'hui après les progrès réalisés par la science qu'il a cultivée avec tant de succès et qu'il a fait entrer dans une voie nouvelle.

Mais, comme le dit avec raison notre auteur, « Cabanis ne fut pas le seul physiologiste du temps de la Révolution qui mêla l'étude de l'homme moral à celle de l'homme physique. D'autres, parmi lesquels il suffit de citer Pinel et Bichat, entrèrent dans la même voie, sans toutefois s'y engager aussi avant. » Parmi les noms d'une notoriété plus ou moins grande, dont M. Ferraz a analysé avant tant de soin et de clarté, les travaux et les doctrines, nous ne voulons retenir que ces trois : Cabanis, Pinel et Bichat.

En général, on ne méconnaît guère les importants résultats sociaux de la Révolution ; mais on la considère comme une période vide pour la pensée pure, pour la haute culture de l'esprit. La lecture du livre auquel

©BIUM

nous regrettons de ne pouvoir consacrer une plus longu analyse, qu'il mériterait à tous égards, modifiera complètement ce préjugé, tenace comme tous les préjugés — mais que peu de médecins partagent. Eux, en effet, savent ce que la biologie doit aux trois grands penseurs que nous venons de citer ; jamais ils ne sauraient considérer comme une période stérile une période de l'histoire qui a produit des œuvres telles que les *Rapports du physique et du moral de l'homme*, le *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* et l'*Anatomie générale appliquée à la physiologie et à la médecine*. Ces livres, aussi remarquables par la forme que par le fond, ont ouvert aux esprits une nouvelle voie et inauguré parmi nous ces recherches sur les différentes branches de la biologie, sur la physiologie psychique, sur la psychologie morbide, qui constituent la partie la plus riche de l'œuvre scientifique de notre siècle.

Pour les aliénistes, Pinel sera toujours le grand initiateur ; on ne saurait assez le répéter, surtout aux nouvelles générations, trop oublieuses des services rendus par leurs devanciers. Aussi avons-nous lu avec plaisir la leçon d'inauguration du cours libre de médecine mentale que M. E. Régis fait à la Faculté de médecine de Bordeaux. Notre savant confrère, fêtant le centenaire de la Révolution à son point de vue, compare la manière de traiter les aliénés aujourd'hui à ce qu'elle était en 1789. Il n'a certes pas de peine à faire ressortir les immenses progrès réalisés ; mais en constatant, à l'aide de documents même officiels, le lamentable abandon dans lequel étaient laissés ces infortunés, on n'en éprouve que plus de reconnaissance et d'admiration pour les savants qui, en France comme à l'étranger, ont protesté contre cet état de choses et contribué par leurs actes et leurs écrits à le modifier. M. Régis fait avec la plus grande impartialité

©BIUM

la part de chacun dans cette importante réforme; mais, s'il est convaincu que beaucoup a été fait, il croit aussi qu'il reste encore à faire.

Cette excellente leçon, dont on ne saurait assez recommander la lecture aux contempteurs d'un passé récent, est éloquemment résumée dans les quelques lignes suivantes, que nous nous plaisons à reproduire : « Comparez ce qu'est aujourd'hui la condition des aliénés à ce qu'elle était il y a cent ans, et dites-moi s'il est beaucoup de questions sociales, parmi celles qui préoccupent à juste titre l'humanité, qui aient vu s'accomplir en si peu de temps autant de réformes et de progrès.

« Mais il ne suffit pas de constater avec orgueil le chemin parcouru et d'applaudir au mérite de nos devanciers. Le monde marche, il faut marcher. Nous avons, nous aussi, notre effort à faire en vue de l'œuvre commune, car toute chose est perfectible, et nous nous devons, si modestes que nous soyons, à cette tâche si difficile mais si consolante : l'amélioration progressive et constante du sort des aliénés. »

Tous les lecteurs des *Annales* connaissent et apprécient de longue date les importants travaux de clinique et de médecine légale des aliénés, publiés par M. le Dr Chatelain, ancien médecin en chef de la maison de santé de Préfargier (Suisse). Pour notre savant collaborateur, le loisir de la retraite n'est pas le temps du désœuvrement. Seulement, outre la science mentale qu'il continue de cultiver avec succès — et je n'en veux pour preuve que son récent volume intitulé : *La folie. Causerie sur les troubles de l'esprit*, que M. Legrain a récemment analysé dans ce recueil (V. *Annales méd.-psych.*, juillet 1889, p. 151) — il fait volontiers des incursions dans le domaine de la littérature. En tête du charmant volume

©BIUM

de *Croquis et Nouvelles* (1), qu'il a publié naguère et que je me fais un plaisir de présenter à nos lecteurs, il s'en accuse avec beaucoup de bonne grâce comme d'un péché. « A un âge, dit-il, où l'on devrait être pour toujours à l'abri des entraînements irréfléchis et des maladies épidémiques de la jeunesse, la maladie du siècle, la maladie de la plume, affection éminemment contagieuse, m'a pris ; j'ai écrit des nouvelles qu'on a bien voulu lire avec indulgence et qui ont eu en même temps les honneurs de la traduction allemande et anglaise. Des amis trop bienveillants, je le crains, m'engagent à les réunir en volume, d'obligeants éditeurs m'offrent leurs presses, moi je cède à cette douce violence, et voilà comment un homme qui, foi de rural, n'a jamais fait la cour aux chastes filles de Jupiter et de Mnémosyne, en vient à poser un pied téméraire sur l'escalier sacré qui conduit à leur haute demeure. »

Lorsqu'on a lu le volume, on ne peut s'empêcher de dire que les amis, les éditeurs, les traducteurs, tous ont eu raison, et on les remercie des quelques moments agréables qu'on leur doit. Et de fait, esprit, humour, sensibilité, toutes ces qualités, en y ajoutant celles du style, M. Châtelain les met en œuvre dans les six gracieuses nouvelles qu'il présente au public et qu'il serait trop long d'analyser ; disons seulement que « Mon premier malade » et « Le premier amour d'Hippolyte Beaugars » sont des croquis humoristiques, comme la vie d'étudiant en fournit aisément; que « Le secret du notaire », « Luciette » et « Connais ça » sont des nouvelles plus étendues, récits pleins de sentiments honnêtes et délicats, qui reposent heureusement des violences et des crudités du roman réaliste ; qu'enfin, dans « Les chutes du

(1) 1 vol. in-18, Paris, 1887. Librairie de la Suisse française, Paul Monnerat, 48, rue de Lille.

©BIUM

Trollhaettan », l'auteur entremêle de descriptions des beaux paysages de la Suède la touchante histoire d'une femme craignant de voir mourir son enfant en pleine mer et par suite de le livrer en pâture aux poissons.

Il n'est pas beaucoup de livres d'imagination dont on puisse dire qu'une mère en permettra la lecture à sa fille. Celui de notre distingué confrère est de ceux-là. On le laissera sans crainte sur la table de famille. Tous ceux qui le liront, enfants ou grandes personnes, n'exprimeront, j'en suis convaincu, qu'un désir : c'est que l'auteur veuille bien donner un frère à ce premier enfant si bien venu de son imagination.

ANT. RITTI.

©BIUM

Pathologie.

LES
ÉPILEPTIQUES ARITHMOMANES

Par le Dr A. CULLERRE.

Tous ceux qui ont écrit sur l'épilepsie ont insisté, avec raison, sur les particularités qu'offre l'état mental des individus atteints de cette maladie. C'est ainsi qu'on a noté leur irascibilité tantôt brutale et incoercible, tantôt déguisée sous les dehors d'une douceur feinte, d'une timidité et d'une obséquiosité excessives et fatigantes ; leur caractère soupçonneux, porté à des plaintes et à des récriminations incessantes, le plus souvent injustes et puériles ; leur mobilité d'humeur, leurs alternatives d'expansion béate et de dépression hypocondriaque accompagnée souvent de l'obsession du suicide ; leur mysticisme enfantin ; cette religiosité exubérante dont ils aiment à faire étalage, bien qu'elle s'allie à des penchants vicieux, aux aberrations sexuelles et aux excès alcooliques.

Je ne fais que rappeler les traits de ce tableau bien connu, mon but n'étant pas de le reproduire, mais de contribuer à son achèvement en y ajoutant une touche nouvelle.

©BIUM

Les épileptiques sont souvent aussi des *obsédés* et des *impulsifs conscients*, soit qu'une certaine prédisposition vésanique héréditaire s'ajoute à l'affection névropathique, comme chez ceux qui sont dipsomanes, homicides, suicides, pyromanes, ou qui ont la folie du doute ; soit que l'ébranlement périodique que font subir à leurs centres nerveux les attaques convulsives contribue à provoquer une déséquilibration mentale de même nature.

C'est à cette dernière influence que je crois devoir attribuer le singulier phénomène d'*arithmomanie* que je vais signaler, en raison de son allure uniforme chez les divers épileptiques qui le présentent et des caractères qui le différencient de l'arithmomanie des héréditaires, caractères que j'étudierai plus loin. Il s'agit d'une impulsion à compter, à combiner d'une façon générale des nombres quelconques et, plus particulièrement, à faire des calculs portant sur les divisions du temps, telles que les secondes, les minutes, les heures, les jours, les mois, les années, les siècles.

Il y a longtemps que j'ai relevé, pour la première fois, ce symptôme chez un épileptique, mais je n'y attachai tout d'abord d'autre intérêt que celui d'une simple curiosité. Je résume de mémoire l'observation du malade, ne l'ayant pas conservée.

Obs. I. — X... était un garçon de vingt-deux ou vingt-trois ans, bien constitué, d'un tempérament lymphatique sanguin, épileptique depuis l'adolescence, assez intelligent et non aliéné en dehors des accès, d'ailleurs rares et courts, de délire accompagnant ses attaques convulsives. Malgré son mauvais caractère et ses querelles incessantes avec ses camarades, il se rendait utile dans les soins du ménage et remplissait les fonctions d'aide infirmier. Un jour je le surpris en grande dispute avec un de ses camarades, également épileptique, au sujet du calcul du nombre de secondes qu'il y a dans un jour, une semaine, un mois, une année. X..., d'ailleurs illettré, soutenait un total fait de tête ; son contradicteur, plus instruit, prétendait

©BIUM

que le chiffre était faux, ce qu'il offrait de démontrer la plume en main.

J'appris alors que X... occupait ses loisirs à faire des calculs de tête, et qu'il tirait une certaine vanité de cette tournure d'esprit originale. Ses calculs avaient toujours pour objet le temps; ainsi, il calculait le nombre de minutes ou de secondes qu'il y a dans un siècle; combien avait vécu d'heures, de minutes, de secondes, tel malade qui venait de succomber; combien il restait de divisions du temps à s'écouler d'ici la fin du mois, de l'année, etc.

J'avais complètement oublié ce malade, et je n'avais jamais eu l'idée de rechercher chez d'autres épileptiques la même particularité mentale, lorsque, longtemps après, un incident du même genre, mais entouré de circonstances beaucoup plus frappantes, vint fixer sur ce point mon attention.

Obs. II. — G... appartient à une famille d'épileptiques. On relève dans sa généalogie (1) : le père frappé de mort subite à soixante-sept ans; une cousine germaine de ce dernier épileptique, deux propres cousines germaines épileptiques, un autre cousin germain mort subitement à trente ans sans maladie préalable. Il est d'une constitution robuste, d'une conformation régulière; on note cependant chez lui de l'asymétrie des os de la face, une voûte palatine ogivale et l'abaissement de l'arcade sourcilière droite par rapport à celle du côté opposé.

Il est atteint d'épilepsie franche depuis l'âge de vingt-quatre ans. Une aura partant du creux épigastrique précède la perte de connaissance. Ses accès, d'abord assez espacés, ne survenaient que tous les deux ou trois mois; ils sont ensuite devenus à peu près mensuels, puis hebdomadaires. A trente-six ans, le mal comitial se complique de violents accès de délire, dans le paroxysme de l'un desquels il étrangle sa mère.

Au moment où il est soumis à notre observation, il a quarante-sept ans et est un peu déchu intellectuellement; il a cinq ou six attaques convulsives par mois. Huit ou dix fois par an il

(1) Voyez la généalogie complète dans Bombart : *Les familles d'épileptiques* (Thèse de Bordeaux, 1887).

©BIUM

est pris d'accès d'un délire stéréotypé : il voit du feu, des incendies, des brigands; a des hallucinations qui le jettent dans un état panophobique des plus dangereux; bientôt la scène change; il se croit environné de trésors et prétend qu'il y a des richesses immenses cachées dans la maison. Le 6 mai 1886, il succombait à un accès de délire aigu. L'autopsie a révélé une congestion énorme des méninges, une inégalité de poids de 15 grammes entre les deux hémisphères au détriment du gauche, l'induration scléreuse de la corne d'Ammon gauche et une asymétrie considérable de la base du crâne.

Un an environ avant sa mort, il était en proie à un violent accès maniaque. Je venais de pénétrer auprès de lui et cherchais en vain à fixer son attention; ses vociférations étaient furieuses. Tout à coup, brusquement, au milieu de ses invectives habituelles contre les canailles, les assassins et les brigands, il s'arrête, s'approche de moi et, me fixant avec son œil tragique, il rugit à brûle-pourpoint : « Voulez-vous que je vous dise combien il y a de minutes en 100,000 ans? »

Il y eut de la stupéfaction dans l'impression que j'éprouvai en entendant cette boutade si peu en situation; quelque chose d'analogue à ce qu'éprouve un musicien qui, au milieu d'un concert harmonieux, sent soudain son oreille déchirée par une note discordante. G..., cependant, ne riait pas, ses yeux me le disaient assez; il ne simulait pas davantage. Il venait donc de se passer une chose sinon anormale, du moins peu ordinaire : l'irruption, au milieu d'un délire systématisé, d'une conception étrangère à ce délire; l'existence, au même moment, dans l'esprit du malade, non pas de deux délires comme on en a cité tant d'exemples, mais de conceptions délirantes passagères dues à l'ictus épileptique et d'idées obsédantes appartenant à son état habituel.

Peu de temps après, j'ai eu occasion de recueillir une observation identique aux précédentes.

Obs. III. — C..., âgé de trente-huit ans, de grande taille, de

©BIUM

constitution robuste, sans autres vices de conformation que ceux que présente sa tête, dont l'occiput est aplati, le front fuyant et la voûte palatine irrégulière par suite de l'obliquité du raphé, est épileptique depuis l'âge de quatre ans ; mais c'est depuis l'âge de quatorze ans surtout, que la maladie s'est établie par de grandes attaques franches. Très rares au début, elles sont devenues peu à peu plus fréquentes. Actuellement, elles ne surviennent guère qu'une fois par mois, grâce au traitement bromuré.

Il n'est pas faible d'esprit, quoique complètement illettré. Il s'exprime bien et ne présente, comme symptômes psychopathiques, que de l'hypocondrie. Il s'imagine n'avoir plus de forces et refuse tout mouvement, se prétendant incapable, tant il est faible, de se tenir sur ses jambes, bien qu'il n'existe aucun signe de paralysie. Chez lui, il gardait le lit d'une façon continue. Il y a un an, il fut pris en outre de délire maniaque de forme religieuse avec inconscience et impulsions automatiques du caractère le plus dangereux, ce qui nécessita sa séquestration.

Deux sœurs de sa mère étaient épileptiques ; un de ses frères, à l'âge de trente-deux ans, a été frappé de mort subite.

Le 18 octobre 1889, j'écoutais les amplifications échevelées d'un paralytique général qui m'énumérait les millions dont il était possesseur, lorsque, se tournant tout à coup vers C..., il s'écria : « Tenez, demandez à ce calculateur émérite, qui jongle avec les nombres de neuf chiffres. » Cependant C... souriait d'un air satisfait et, sur ma demande, s'empressa de me faire connaître qu'il passait son temps à calculer de tête pour se désennuyer, et cela depuis sa jeunesse ; il se livrait à cet exercice, surtout le dimanche quand il n'avait rien à faire, et la nuit quand il ne dormait pas. Encore actuellement, c'est son occupation favorite. Ainsi il calcule combien il y a de minutes dans 100, 1,000, 10,000 ans. « Par exemple ajouta-t-il en manière de conclusion, voulez-vous que je vous dise combien il y a de minutes dans 2,000 ans? Il y en a 1 milliard, 1 million, 200, en comptant toutes les années à 365 jours. »

Le calcul est erroné de près de moitié, ce qui n'a rien de surprenant, étant donné le manque complet de culture de cet épileptique et le degré d'affaiblissement où il est rendu. Les calculs du malade de l'observation I

©BIUM

étaient faux, eux aussi, pour les mêmes raisons, sans doute. Mais cette fausseté même ne prouve que mieux qu'en se livrant au calcul, les malades ne font qu'obéir à une impulsion instinctive. Pour beaucoup de personnes, même intelligentes, compter est une occupation qui exige un certain effort et cause une réelle fatigue. On ne voit guère que des mathématiciens de profession et certains enfants prodiges se livrer au calcul par plaisir. Les épileptiques précédents se rapprochent peut-être un peu de ces derniers.

J'ai dit précédemment que cette forme d'arithmomanie différait de l'arithmomanie qu'on rencontre chez les déséquilibrés héréditaires. En effet, chez ces derniers, l'obsession du nombre, comme les autres obsessions conscientes, s'accompagne d'un malaise intellectuel indéfinissable allant jusqu'à l'angoisse et à la lipothymie. Je n'ai rien observé de semblable chez les malades précédents, ni chez ceux qu'il me reste à citer. L'obsession, chez eux, garde toujours un caractère bénin ; c'est un simple besoin auquel ils cèdent, semble-t-il, sans résistance; une sorte de prurit intellectuel n'ayant rien de pénible, dont les malades tirent peut-être même l'avantage d'une distraction, par suite de leur affaiblissement intellectuel, de leur désœuvrement et du vide habituel de leur pensée. Les idées religieuses, dont beaucoup d'épileptiques sont occupés, ne sont pas toujours de nature expansive; leur penchant à l'hypocondrie et leur humeur soupçonneuse leur inspirent des idées sombres et pénibles : l'arithmomanie les sauve en quelque sorte d'eux-mêmes, et ils s'y abandonnent sans résistance. Pour être exact, nous devons ajouter cependant que, même chez les psychopathes héréditaires, l'obsession du nombre n'atteint que rarement au paroxysme de la monomanie, et que les arithmomanes tels que ceux dont l'observation a été rapportée par Tré-

©BIUM

lat (1) ou MM. Charcot et Magnan (2) ne se rencontrent pas souvent dans la vie d'un spécialiste.

Après les fractions du temps, la matière comptable exploitée par les épileptiques arithmomanes leur est fournie par leurs occupations habituelles, leur profession, leur genre de vie antérieur.

Obs. IV. — J..., soixante ans, appartient à une famille de cérébraux (3). Son père, alcoolique, est mort à soixante-seize ans, après huit jours de convulsions; un de ses frères était atteint de paraplégie infantile; un autre s'est coupé la gorge dans un accès de délire et avait des attaques convulsives; un autre, atteint de folie raisonnante, a succombé à soixante-cinq ans en pleine démence organique; une nièce aliénée. Il est marié, père de trois enfants, dont deux sont scrofuleux.

Il exerçait le métier de cantonnier, mais s'est fait casser pour ivrognerie. Alors il tint cabaret et s'abandonna sans réserve à son penchant pour les boissons alcooliques. A quarante-sept ans, ayant bu une quantité considérable de vin blanc, il fut frappé d'une attaque d'épilepsie. Cette attaque ne resta pas isolée et le malade devint un véritable épileptique à accès fréquents. Il porte d'ailleurs des stigmates de dégénérescence, de l'acrocéphalie et une asymétrie faciale très nette. Bientôt l'intelligence se troubla et un délire de forme mélancolique revenant par accès se manifesta à la suite des séries d'attaques.

Actuellement, cet individu est épileptique depuis douze ans; il a toujours de temps en temps du délire d'accès tantôt de forme mélancolique avec impulsions irrésistibles au suicide, tantôt de forme maniaque avec délire ambitieux. Ses attaques sont quotidiennes et son intelligence est sensiblement affaiblie. Dans l'intervalle de ses accès de délire, il se plaint d'insomnie et d'obsessions; les unes ont pour objet l'idée du suicide; les autres n'ont aucun caractère pénible, c'est un besoin de compter; bien que séquestré depuis douze ans, il continue à faire le compte du travail qu'il faisait autrefois sur les routes, sup-

(1) Trélat, *La folie lucide*, Paris, 1860.
(2) Charcot et Magnan. *De l'onomatomanie* (*Archives de Neurologie*, t. X).
(3) Voir sa généalogie complète dans la thèse de Bombart, déjà citée.

©BIUM

pute le nombre de ses journées ; le nombre de bouteilles de bière, de vin et de limonade qu'il a vendues ; il faut qu'il calcule à combien revient la tasse de café d'après divers prix d'achat et combien il faudrait la vendre pour obtenir tel bénéfice, etc. Il n'a jamais été obsédé par le besoin de calculer les fractions du temps.

D'autres, que l'épilepsie a saisis au seuil de l'adolescence, avant qu'ils aient pris part à la vie sociale, vont chercher dans leurs souvenirs d'école un prétexte aux combinaisons de nombres auxquelles ils sont instinctivement poussés.

Obs. V. — P..., vingt-cinq ans, petit de taille, ayant la tête globuleuse avec aplatissement de la région occipitale, saillie de la bosse frontale droite, asymétrie faciale et déviation du raphé, est épileptique depuis l'âge de douze ans. Nous n'avons aucun renseignement sur sa famille. Il nous apprend lui-même que son père est mort d'une tumeur cancéreuse et qu'il a un cousin germain maternel idiot. Ses attaques sont précédées par une aura partant de l'épigastre et remontant au cœur, puis à la tête. Ses facultés sont affaiblies, mais il était autrefois intelligent et a reçu une bonne instruction primaire. Depuis un an, il est devenu dangereux et a éprouvé plusieurs accès de délire ambitieux, dont il lui est resté la conviction qu'il doit recueillir un héritage imaginaire. Interrogé sur ses aptitudes en calcul, il répond immédiatement et sans la moindre hésitation : « J'aime beaucoup à calculer et, quand je suis au lit sans dormir, je me pose des règles de trois ou des problèmes d'arpentage. 100 multiplié par 100 fait 10,000 et 10,000 par 10,000 font 100 millions. Il y a aujourd'hui 441 jours que je suis à l'asile. »

Ce malade ne présente pas seulement l'impulsion à combiner des nombres abstraits, mais encore, à un certain degré, la tendance à compter les fractions du temps. C'est avec un épanouissement véritable que, sans y être invité par quelque question indiscrète de notre part, il a terminé la conversation par cette phrase : « Il y a 441 jours que je suis à l'asile ; » ce qui, d'ailleurs, était inexact. Je dois ajouter qu'il n'avait pas assisté à

©BIUM

mes investigations précédentes auprès des autres malades, qu'il n'a jamais été en contact avec d'autres arithmomanes et qu'il ne s'est jamais douté des raisons qui m'ont fait l'interroger à ce sujet.

On verra, dans l'observation suivante, l'obsession, loin d'avoir un caractère pénible, revêtir une forme plaisante et entrer dans la vie intellectuelle du malade comme élément de distraction.

Obs. VI. — B..., âgé de quarante-sept ans, de taille moyenne, plutôt petite, présente une asymétrie faciale très prononcée : saillie considérable de la bosse frontale gauche; la moitié de la face du même côté est plus étalée ; le raphé palatin n'est pas sur la ligne médiane. Il est envoyé à l'asile à la suite d'une ordonnance de non-lieu après avoir été poursuivi pour avoir donné un coup de couteau à un aubergiste. Il a eu plusieurs aventures du même genre, a subi plusieurs condamnations pour coups et blessures. Il n'a jamais compris ce qui lui arrivait dans ces occasions, n'en ayant conservé qu'un souvenir confus ! Il résulte de ses explications cependant qu'il croyait se défendre contre de nombreux agresseurs et qu'il subissait l'influence d'un délire panophobique naissant sous la double influence de libations trop copieuses et de l'épilepsie. Il est en effet atteint d'attaques vertigineuses qu'il avoue, qui, de plus, ont été constatées à la prison et à l'asile depuis son entrée.

Intelligence bornée; caractère exécrable, querelleur, hargneux, se plaignant d'une façon continuelle à propos de tout et de tous, sans toutefois se départir de manières obséquieuses et des formules de la plus louangeuse politesse. Idées de persécution vagues et un peu incohérentes, dont l'exposé ne présente aucun intérêt. Sait un peu lire et écrire. Pour se désennuyer, il fait de petits calculs, se pose de petits problèmes : « Combien font tant de paires de volailles à tant l'unité? Combien font 1,800,000 galettes à 2 liards la galette? combien cela fait-il de sous? combien cela fait-il de francs? » Et il ajoute d'un air satisfait : « Je vais vous le dire tout de suite; cela fait 900,000 sous ou 45,000 francs. »

Enfin, voici un malade chez qui l'obsession du nombre a eu un singulier résultat. Il connaissait les nombres de

©BIUM

1 à 100, mais n'avait jamais appris à les combiner. L'impulsion instinctive qui nous occupe ici l'y contraignit, comme on va le voir.

Obs. VII. — D..., vingt-huit ans, d'une taille au-dessous de la moyenne, présente les stigmates de Lasègue : bosse frontale droite plus proéminente et plus volumineuse que la gauche ; côté droit de la face abaissé par rapport au côté opposé ; voûte palatine ogivale avec déviation du raphé à gauche. *Père trouvé mort* dans son foyer ; frère atteint d'un mal de Pott.

Il est épileptique depuis l'âge de dix ans. Les attaques, d'abord vertigineuses, ont pris vers quatorze ans la forme classique. Elles sont précédées d'une aura partant du cœur. Depuis quelques mois il éprouve, à la suite de ses crises convulsives, des accès de délire religieux avec phénomène d'extase. Couché sur le dos, les bras en croix, son chapelet sur la poitrine, les yeux fixés au ciel, insensible à toute excitation, il reste des heures dans une contemplation pleine de béatitude. Quand il se relève, il prêche la pénitence et déclare obéir aux ordres qu'il a reçu de Dieu. Mais longtemps avant l'éclosion de ce délire intermittent, il éprouvait des impulsions et des obsessions conscientes : impulsions à tuer un de ses camarades, qu'il avait d'ailleurs averti du danger qu'il courait ; impulsions au vol, impulsions érotiques ; obsession par des idées de doute sur des sujets religieux dont il se débarrasse par un procédé original en faisant répondre Dieu lui-même. En effet, il prend la croix de son chapelet dans ses doigts et pose à Dieu la question qu'il désire résoudre en disant : si l'image du Christ est en haut, ce sera oui, si elle est en bas ce sera non. Il n'a qu'à vérifier ensuite pour connaître la réponse. Mais il éprouve encore une obsession d'autant plus singulière qu'il est complètement illettré et n'a jamais été à l'école : c'est celle des nombres. Étant tout petit, une religieuse lui apprit les nombres de 1 à 100, mais sans les règles. Poussé par un désir instinctif de savoir compter, il a appris tout seul la table d'addition en comptant sur ses doigts. Ainsi il a appris par ce procédé d'abord à compter par 2, 4, 6, 8 ; puis par 4, 8, 12 ; puis par 5, 10, 15, etc. Ce n'est que vers l'âge de vingt ans qu'il a commencé ainsi à compter, et depuis, chaque fois qu'il est seul, soit au travail, soit au repos, il continue à ajouter des nombres les uns aux autres en comptant sur ses doigts.

©BIUM

Compter pour compter, combiner des nombres purement abstraits, on pourrait dire pour l'amour de l'art, s'il ne s'agissait d'une impulsion instinctive et involontaire, c'est en quelque sorte la forme idéale de l'arithmomanie.

Jusqu'ici, je n'ai cité que des observations d'épileptiques mâles, pour la raison majeure que, sauf dans un cas dont je vais m'occuper, je n'ai rencontré l'arithmomanie que chez des hommes. Les femmes y seraient-elles moins sujettes ? C'est ce que je ne saurais affirmer. Je croirais plutôt à un simple hasard. Il m'est d'ailleurs passé sous les yeux beaucoup plus d'épileptiques hommes que d'épileptiques femmes, les premiers étant plus dangereux et, par conséquent, plus facilement séquestrés.

L'observation de femme qu'il me reste à rapporter me paraît d'autant plus remarquable que l'obsession des nombres s'y est développée dans un cerveau plus désorganisé.

Obs. VIII. — B..., quarante et un ans, est épileptique depuis sa naissance. Elle tombait en nourrice. Sans avoir jamais été intelligente, elle avait cependant appris à lire et à travailler ; mais depuis quinze à vingt ans, sous l'influence de ses attaques convulsives, son intelligence s'est profondément obscurcie. Elle est la plus jeune de cinq enfants qui, sauf elle, seraient bien portants. Toute hérédité névropathique est niée, mais nous remarquons que la malade porte les prénoms d'*Alicie Almanza*, ce qui rend cette assertion suspecte.

Elle présente une tête globuleuse, une face très large, un front plus élevé à gauche, une voûte palatine ogivale et irrégulière ; l'insensibilité est presque absolue. Elle parle avec une certaine lenteur, n'a aucune notion du cours du temps et ne répond rien de raisonnable aux questions qu'on lui pose. Après ses crises, elle éprouve parfois une certaine excitation avec idées de satisfaction ; elle a tricoté des centaines de paires de bas, plumé des milliers de volailles ; parle des *cent mille choses* que son père a faites, et, ne pouvant trouver les mots et les

©BIUM

chiffres pour exprimer sa pensée, répète à chaque instant : « On ne peut pas se figurer!... on ne peut pas se figurer! »

Comme nous lui disions un jour qu'il lui fallait une bonne mémoire pour se souvenir de tant de choses, elle s'écria spontanément : « Oh! c'est que quand je suis au lit, je compte... je compte... on ne peut se figurer! »

Tels sont les quelques faits sur lesquels je désirais appeler l'attention. Peut-être trouvera-t-on un peu subtiles les remarques qu'ils m'ont suggérées. Cependant l'état mental des épileptiques n'est pas sans présenter encore quelques obscurités. La coïncidence de délires multiples d'origine différente chez un même épileptique est, à mon avis, très réelle, mais il ne faudrait pas l'exagérer. En attribuant, par exemple, les tendances mystiques, si communes chez ces malades, à une hérédité vésanique spéciale, je suis convaincu qu'on ferait fausse route : c'est un état d'esprit inhérent à leur constitution cérébrale particulière. Il me semble en être de même de l'obsession arithmomaniaque et en particulier de l'obsession qui a pour objet les fractions du temps, qui semble se rencontrer de préférence (observations II et III) chez les malades dont l'épilepsie résulte de l'hérédité similaire.

On pourrait penser que la fréquence de ce symptôme dans le champ de mon observation est le résultat d'un pur hasard. A cela je répondrai que je ne l'ai pas cherché ; qu'il a fallu qu'il me frappât vivement l'esprit pour que je fusse entraîné à l'étudier; que j'ai observé des milliers d'aliénés ordinaires sans jamais le rencontrer une seule fois chez eux ; enfin, que le jour où j'ai eu l'idée de le rechercher d'une façon systématique, je l'ai immédiatement constaté chez cinq malades sur une population assez restreinte d'épileptiques.

©BIUM

UN CAS D'OBSESSION

PSYCHO-GÉNITALE

TIRÉ DES *ESSAIS* DE MONTAIGNE

Par le Dr E. RÉGIS.

Dans leur intéressante étude sur l'inversion du sens génital et autres perversions sexuelles (1), MM. Charcot et Magnan citent certains cas curieux d'individus chez lesquels la vue ou le contact d'un des objets les plus communs de la toilette féminine déterminent le spasme vénérien et qui ne peuvent aboutir à l'acte sexuel qu'en évoquant l'image ou le souvenir de cet objet. Cette évocation devient chez eux un indispensable élément psychique de l'érection.

Parmi les faits rapportés par ces auteurs, l'un des plus remarquables est celui d'un déséquilibré, appartenant à une famille d'excentriques et d'originaux qui, dès l'âge de cinq ans, est entraîné à l'érection devant une tête de vieille femme ridée et laide, et coiffée d'un bonnet de nuit. Plus tard, l'idée seule de cette image provoquait l'orgasme génital. A trente-deux ans, il se marie avec une jeune demoiselle qu'il aime. La première nuit de ses noces, il reste impuissant à côté de sa femme. Le lendemain, la situation était la même, lorsque, désespéré, il évoque l'image de la vieille femme ridée, couverte d'un bonnet de nuit; le résultat ne se fait

(1) Charcot et Magnan. Inversion du sens génital et autres perversions sexuelles (*Archives de Neurologie*, nos 7 et 12, 1882).

©BIUM

pas attendre, il peut immédiatement remplir ses devoirs conjugaux. Depuis cinq ans qu'il est marié, il en est réduit au même expédient; il reste impuissant jusqu'au moment où le souvenir rappelle l'image favorite. Il déplore cette singulière situation, qui le force, dit-il, à la profanation de sa femme.

Chez d'autres sujets, il s'agit non plus de bonnets de nuit, mais de clous de souliers de femme, de tabliers blancs, de mouchoirs, etc., etc.

A côté de ces obsessions qui jouent le rôle d'excitateur génital et sans l'intervention desquelles l'acte vénérien est impossible, il en est d'autres qui agissent en sens opposé et déterminent la frigidité absolue. Tel ce jeune homme dont parle Saury, qui, tourmenté par une formule cabalistique, ne peut avoir de rapports sexuels; dès qu'il veut essayer le coït, la formule surgit dans son esprit et glace sa virilité (1).

Il existe donc en réalité, chez certains individus, névropathes ou déséquilibrés, des obsessions psychiques exerçant sur la fonction génitale, soit une action excitatrice, soit un pouvoir d'arrêt. Il y a là, dans un autre ordre de faits, quelque chose de comparable aux zones hypnogènes et spasmogènes si bien décrites par M. Pitres et ses élèves, et qui sont les unes excitatrices et les autres frénatrices : d'où le nom d'obsessions génito-excitatrices et génito-frénatrices qu'on pourrait à la rigueur appliquer, par analogie, à ces états singuliers.

Cela étant, on ne sera peut-être pas peu surpris de savoir que Montaigne, dont les œuvres renferment sur les choses de la médecine tant d'aperçus ingénieux et d'observations piquantes, nous a transmis dans son cha-

(1) H. Saury. *Étude clinique sur la folie héréditaire* (Les dégénérés). Paris, 1886.

©BIUM

pitre « *de la force de l'imagination* », un fait d'*obsession génito-frénatrice* absolument typique. Il me semble qu'on ne le lira pas sans intérêt.

« Il est vraysemblable que le principal crédit des visions, des enchantements et de tels effets extraordinaires, vienne de la puissance de l'imagination, agissant principalement contre les âmes du vulgaire, plus molles. On leur a si fort saisi la créance, qu'ils pensent voir ce qu'ils ne voient pas.

« Je suis encore en doubte, que ces plaisantes liaisons (nouëmens d'aiguillettes) de quoy notre monde se voit si entravé, qu'il ne se parle d'autre chose, ce sont volontiers des impressions de l'appréhension et de la crainte. Car je scay par expérience, que tel de qui je puis respondre comme de moy-mesme, en qui il ne pouvoit choir soupçon aucun de foiblesse et aussi peu d'enchantement, ayant ouy faire le conte à un sien compagnon d'une défaillance extraordinaire, en quoy il estoit tombé sur le point qu'il en avoit le moins de besoin, se trouvant en pareille occasion, l'horreur de ce conte luy vint à coup si rudement frapper l'imagination qu'il en courut une fortune pareille. Et de là en hors fut subject à y rechoir : ce villain souvenir de son inconvénient le gourmandant et le tyrannisant. Il trouva quelque remède à cette resverie, par une autre resverie. C'est qu'advouant luy-mesme et preschant avant la main cette sienne subjection, la contention de son âme se soulageoit, sur ce qu'apportant ce mal comme attendu, son obligation en amoindrissait et luy en poisoit moins. Quand il a eu loy, à son chois (sa pensée desbrouillée et desbandée, son corps se trouvant en son deu) de le faire lors premièrement tenter, saisir et surprendre à la cognoissance d'autruy, il s'est guéri, tout net (1). »

(1) *Essais de Montaigne*, t. I, chap. XX : « De la force de l'Imagination. »

©BIUM

Ce récit de Montaigne pourrait presque passer pour une observation médicale. On y trouve, en effet, très nettement mises en relief les deux particularités principales de la neurasthénie émotive : l'*obsession*, constituée par le souvenir chaque fois répété d'une défaillance génitale subite ; l'*état anxieux*, caractérisé par l'impuissance. Et ce qu'il y a de plus curieux ici, c'est que le sujet trouve lui-même son remède dans l'aveu spontané et préventif de sa « subjection », opposant ainsi à son obsession inhibitoire une espèce de formule libératrice, ou, comme le dit Montaigne, « à cette resverie une autre resverie. » Car c'est là, on le sait, ce qui se passe chez d'autres *neurasthéniques*, ceux dits *onomatomanes*, *arithmomanes* et *coprolaliques*, par exemple, qui n'arrivent à triompher de leur crise anxieuse que par l'émission orale ou mentale du mot, du chiffre ou de la grossièreté qui les obsède. Ce qui prouve une fois de plus que les diverses obsessions sont sœurs et qu'elles se confondent toutes les unes dans les autres.

Voilà donc un véritable fait d'obsession psycho-génitale rapporté par Montaigne, dans ses *Essais*, plus de quatre cents ans avant que ces faits fussent connus et décrits. Tant il est vrai, comme on le dit, qu'il n'est rien de nouveau sous le soleil !

©BIUM

Statistique.

ÉTUDE STATISTIQUE

SUR

LE SUICIDE EN FRANCE

DE 1827 A 1880

Par le Dr J. SOCQUET,
Médecin expert près le tribunal de 1re instance
du département de la Seine,
Secrétaire de la Société de médecine légale de France.

(*Ouvrage couronné par l'Institut, Prix de statistique. Académie des sciences*, 1886.)

(*Suite.*)

VII

SUICIDES AUX DIVERS MOIS DE L'ANNÉE

Pour étudier cette question, nous avons d'abord relevé, pour les hommes, les femmes et les deux sexes réunis, tous les suicides de 1835 à 1880; puis calculé les moyennes générales correspondantes, ce qui nous a fourni le tableau suivant :

	Nombre total de 1835 à 1880.			Moyennes générales correspondantes.		
	H.	F.	D. S.	H.	F.	D. S.
Janvier....	10.671	3.030	13.701	232	66	298
Février...	10.108	2.926	13.034	220	63	283
Mars	12.910	3.602	16.512	281	78	359
Avril	14.314	3.991	18.305	311	87	398

©BIUM

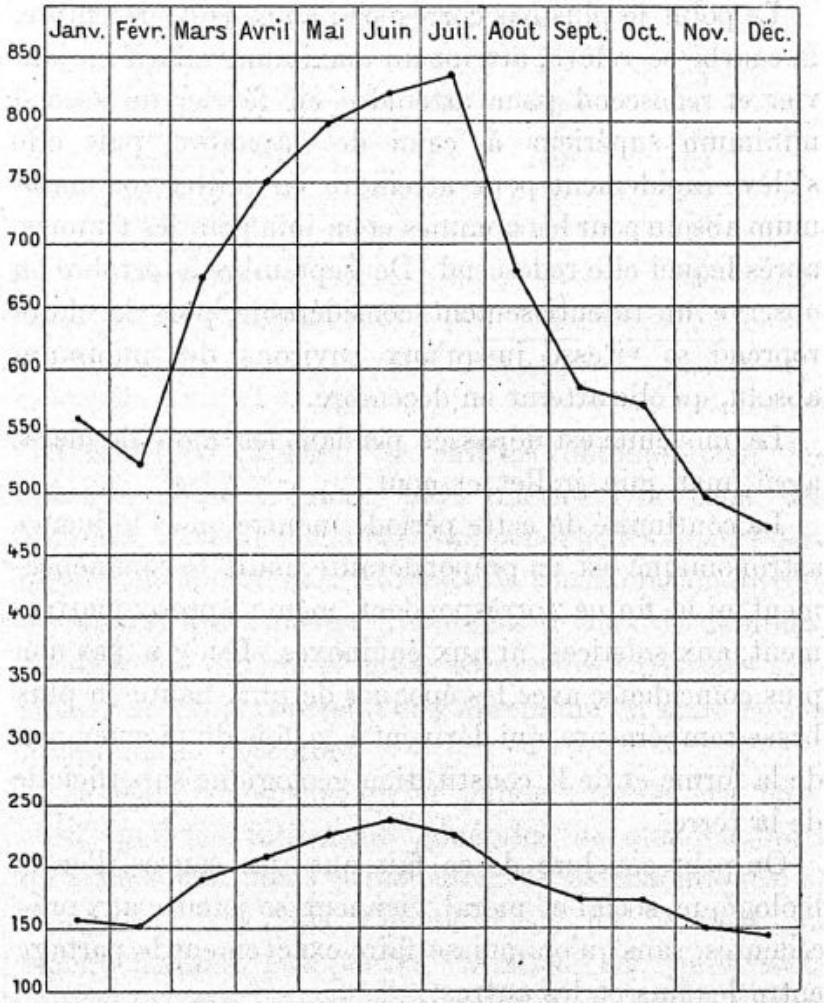
	Nombre total de 1835 à 1880.			Moyennes générales correspondantes.		
	H.	F.	D. S.	H.	F.	D. S.
Mai.....	15.248	4.390	19.638	331	95	426
Juin.....	15.807	4.613	20.420	344	100	444
Juillet....	15.594	4.431	20,025	348	96	444
Août.....	13.073	3.713	16.786	284	81	365
Septembre	11.203	3.296	14.499	243	72	315
Octobre...	10.881	3.317	14.198	237	72	309
Novembre.	9.497	2.892	12.389	206	63	269
Décembre.	9.033	2.749	11.782	196	60	256
	148.339	42.950	191.289	3.233	933	4.166

Nous avons ensuite rapporté les nombres moyens à 10.000 suicides des deux sexes, et, pour compléter ces renseignements, nous avons inscrit dans la dernière colonne du tableau ci-dessous les rapports, calculés mois par mois, entre les suicides d'hommes et ceux de femmes.

	Rapport des moyennes générales à 10.000 suicides.			Rapport entre les suicides d'hommes et ceux de femmes.
	H.	F.	D. S.	
Janvier.....	557	158	715	3,525
Février.....	528	151	679	3,496
Mars.....	674	188	862	3,585
Avril.....	747	209	956	3,574
Mai.....	795	228	1.023	3,486
Juin.....	826	240	1.066	3,441
Juillet.....	835	230	1.065	3,630
Août.....	682	194	876	3,515
Septembre..	583	173	756	3,370
Octobre....	569	173	742	3,289
Novembre..	495	151	646	3,278
Décembre..	470	144	614	3,264
	7.761	2.239	10.000	3;466

©BIUM

Les résultats obtenus par ce tableau ont été exprimés dans la planche ci-dessous :



Pl. n° 7. — *Courbes indiquant, d'après le sexe, la fréquence des suicides suivant les mois de l'année.* (*Rapport du nombre moyen annuel à 10.000 suicides.*)

©BIUM

Ces résultats ne montrent rien qui n'ait déjà été signalé dans les travaux antérieurs.

Les courbes construites occupent deux maxima et deux minima, outre une phase d'arrêt.

Le point le plus bas correspond au mois de décembre, la courbe se relève, atteint un maximum relatif en janvier et redescend pour atteindre en février un second minimum supérieur à celui de décembre, puis elle s'élève rapidement pour atteindre en juillet son maximum absolu pour les hommes et en juin pour les femmes, après lequel elle redescend. De septembre à octobre on observe un ralentissement considérable, puis la chute reprend sa vitesse jusqu'aux environs du minimum absolu, qu'elle atteint en décembre.

La moyenne est dépassée pendant les mois de mars, avril, mai, juin, juillet et août.

La continuité de cette période montre que l'influence astronomique est ici prépondérante, mais le commencement ni la fin ne correspondent, même approximativement, aux solstices, ni aux équinoxes. Il n'y a pas non plus coïncidence avec les époques de plus haute ou plus basse température, qui dérivent à la fois du mouvement, de la forme et de la constitution géologique superficielle de la terre.

On peut conclure de ce fait, que des causes d'ordre biologique, social et moral, viennent se joindre aux précédentes, sans qu'on puisse faire exactement le partage entre les uns et les autres.

On peut cependant noter l'influence du sexe. Si, en effet, on rapporte les nombres moyens à 1.000 suicides de chaque sexe, on obtient des résultats très voisins, mais non identiques, ainsi que l'indique le tableau suivant :

©BIUM

	Proportionnalité relative calculée pour 1.000 suicides de chaque sexe.	
	H.	F.
Janvier	72	72
Février	68	68
Mars	87	83
Avril	96	93
Mai	103	102
Juin	107	106
Juillet	105	103
Août	88	87
Septembre	75	78
Octobre	74	77
Novembre	64	67
Décembre	61	64
	1.000	1.000

D'après ce tableau, les chiffres obtenus pour les femmes, d'abord égaux, puis inférieurs à ceux des hommes, deviennent supérieurs pendant les quatre derniers mois de l'année. Au reste, la considération directe du rapport des suicides d'hommes à ceux de femmes, pendant les différents mois, accuse des variations sensibles ; ce rapport atteint son maximum en mars et son minimum en décembre.

La seule conclusion qu'on puisse tirer de ces faits, c'est que les influences générales de quelque ordre qu'elles soient, mais principalement astronomiques, se font sentir avec plus d'intensité sur les hommes que sur les femmes, puisque les variations sont plus accusées chez ceux-là que chez celles-ci. Cela tient, selon toute vraisemblance, à ce que les femmes, par leur vie plus sédentaire, sont mieux garanties contre les atteintes du milieu extérieur, bien qu'elles ne puissent évidemment s'y soustraire complètement.

Les courbes que nous avons construites, représentant la moyenne de près d'un demi-siècle, dissimulent naturellement les particularités annuelles, et, parmi elles,

©BIUM

les influences météorologiques. Il est possible que la répartition des suicides entre les divers mois varie avec la température moyenne et l'état hygrométrique, et nous aurions aimé à entreprendre une pareille recherche, pour laquelle il faudrait consulter l'Annuaire du Bureau des Longitudes; mais le temps nous a manqué pour cela. C'est là d'ailleurs un cas particulier de l'étude du climat, qui ne peut fournir de résultats bien nets que par la comparaison entre des contrées du globe suffisamment différentes sous ce rapport (voir le chapitre Ier). Au surplus, nous n'avons pas prétendu faire du suicide une étude complète et systématique, qui peut-être serait au-dessus de nos forces, lors même que les documents ne nous feraient pas défaut.

Nous avons tenu cependant à voir si cette moyenne pouvait être considérée, avec une approximation suffisante, comme un type pour une année quelconque. A cet effet, nous avons groupé les suicides par périodes quinquennales de 1835 à 1879. Nous avons calculé les moyennes et construit les courbes correspondantes.

Bien que représentant elles-mêmes des moyennes, ces courbes nous ont présenté de grandes différences, soit d'un sexe à l'autre pour la même période, soit pour le même sexe d'une période à l'autre.

Par exemple, le maximum n'est pas toujours en juin, et n'a pas toujours lieu en même temps pour les deux sexes.

Pour la période 1835-1839, il a lieu pour les hommes en juillet et pour les femmes en mai.

Pour 1840-1844, les mois de mai et juin donnent le même chiffre pour les femmes.

Pour 1845-1849, maximum en juin pour les hommes, pour les femmes en mai et juillet.

Pour 1860-1864, maximum en mai, puis en juillet pour les hommes, en mai et juin pour les femmes.

©BIUM

De 1865 à 1869, le maximum est en mai pour les deux sexes.

De 1870 à 1874, maximum en juillet pour les hommes, en juin pour les femmes.

Enfin, de 1875 à 1879, maximum en juin pour les hommes et pour les femmes.

De même on ne trouve pas toujours le mois de janvier formant un maximum relatif entre deux minima correspondants à décembre et à février. Mais nous avons déjà trop insisté sur ces détails, nous en savons assez pour voir que la répartition varie entre les diverses années, tout autant qu'elle peut varier d'un pays à l'autre, et qu'il n'y a là rien d'absolu.

Pour terminer, comparons les résultats de la période quinquennale 1835-1839 à ceux de la période 1875-1879 ; nous aurons ainsi un aperçu de l'influence que le temps exerce sur la répartition mensuelle des suicides. Bornons-nous à calculer pour les hommes, les femmes et les deux sexes réunis, les différences moyennes entre la première et la deuxième de ces périodes, nous trouverons :

Total et moyenne annuelle des suicides par ivrognerie, aux différents mois de l'année, de 1836 à 1867.

	Nombre total.	Moyenne annuelle.
Janvier.....	550	17.2
Février.....	548	17.1
Mars.....	752	23.5
Avril.....	873	27.3
Mai.....	903	28.2
Juin.....	926	28.9
Juillet.....	890	27.8
Août.....	768	24.0
Septembre.....	696	21.7
Octobre.....	733	22.9
Novembre.....	627	19.6
Décembre.....	554	17.3
	8820	275.5

©BIUM

Malheureusement, ces chiffres n'ont qu'une valeur apparente.

Le compte rendu de la juridiction criminelle en France, où nous avons puisé ces renseignements, les accompagne de la mention : suicides par accès d'ivresse ou ivrognerie habituelle.

A cet égard, nous ferons remarquer :

1° Qu'un homme qui se suicide en état d'ivresse n'est pas nécessairement un alcoolique, ni même un ivrogne ; beaucoup ont cherché dans la boisson un excitant momentané qui leur donnât la force d'accomplir leur funeste projet. — 2° Qu'un alcoolique peut se suicider sans être en état d'ivresse aiguë, peut même n'avoir été ivre que rarement. La classification officielle laisse donc beaucoup à désirer sous le rapport médical, et cela suffit pour infirmer d'avance toute conclusion quelque peu précise qu'on serait tenté de tirer des chiffres recueillis. Nous n'insistons pas en ce moment sur les défauts de la statistique ; nous nous proposons d'y revenir quand nous essaierons de déterminer les motifs habituels du suicide.

VIII

MOTIFS PRÉSUMÉS DES SUICIDES

Ce titre indique qu'il s'agit seulement des causes que l'on a cru pouvoir attribuer aux suicides lors de leur constatation, après avoir questionné sommairement les témoins de l'accident, les parents et voisins de la victime. Il est bien des cas où l'on ne peut pas dire avec complète certitude que les motifs présentés aient été les motifs réels. Au surplus, beaucoup d'entre eux sont visiblement insuffisants et le fond des choses reste caché. Sauf le cas de maladie mentale bien spécifié, ces motifs ne tiennent compte que des circonstances extérieures à

©BIUM

la victime, sans rien apprendre sur son organisation, qui pourtant joue ici un rôle prépondérant. Par exemple, beaucoup de personnes éprouvent des revers de fortune, d'où vient que, parmi elles, il n'y en ait que quelques-unes qui se suicident? Il y a donc là une grave lacune.

L'étude que nous commençons n'a donc qu'une partie restreinte, en admettant même la parfaite exactitude des renseignements compulsés. Elle suppose implicitement tous les hommes égaux devant le suicide; c'est-à-dire qu'elle fait abstraction de leur puissance plus ou moins grande de réaction. Elle représente ces motifs comme autant de forces dont l'énergie se mesure par le nombre de leurs victimes. C'est là un point de vue assez éloigné de la réalité, mais qui est indispensable comme artifice d'analyse, pour apprécier l'influence du milieu extérieur. Toutefois, les résultats obtenus n'ont de valeur que si, d'autre part, on étudie l'organisme cérébral relativement au suicide, en faisant abstraction des circonstances extérieures, et que l'on combine ensuite ces deux séries de recherches.

Quoi qu'il en soit, voici ce que nous avons trouvé dans les documents officiels :

Les motifs ont été groupés sous sept chefs différents, qui nous serviront de moyen abrégé de désignation; mais nous devons indiquer en détail ce que comprend chacun d'eux.

1° *Misère et revers de fortune.*	Misère (ou crainte de la). Embarras de fortune. Perte d'emploi, de procès, au jeu.
2° *Chagrins de famille.*	Douleur causée par la perte d'ascendants, de conjoints, d'enfants. Discussion d'intérêt entre parents. Chagrins domestiques non autrement spécifiés.
3° *Amour, jalousie, débauche.*	Amour contrarié. Jalousie entre époux, entre amants. Grossesse hors mariage. Honte d'une mauvaise action; remords. Paresse; débauche.

©BIUM

4° *Ivrognerie.* — Ivresse (accès d') et ivrognerie habituelle.

5° *Peines diverses.* — Désir de se soustraire à des poursuites judiciaires (délits).
Désir de se soustraire à des poursuites disciplinaires (militaires).
Désir de se soustraire à des souffrances physiques.
Dégoût du service militaire.
Dégoût de la vie et contrariétés diverses.

6° *Maladies cérébrales.* — Aliénation mentale.
Mélancolie; hypocondrie.
Monomanie.
Idiotie; imbécillité; faiblesse d'esprit.

7° Suicide après assassinat, meurtre, empoisonnement, incendie.

8° Motifs inconnus.

Notons en passant que l'on n'a pas mentionné la prédisposition au suicide, dans celui de ses caractères qu'il est le plus aisé de constater, c'est-à-dire dans l'hérédité. — On n'a pas mentionné non plus le cas de contagion (suicide par imitation).

Nous avons relevé, en les classant d'après leurs motifs présumés, tous les suicides de chaque sexe, de 1836 à 1880. Nous avons ensuite calculé la moyenne annuelle et le rapport des hommes aux femmes. Tous ces renseignements sont consignés dans le tableau ci-dessous :

	Nombre total de 1836 à 1880.		Moyenne annuelle.		Rapport des hommes aux femmes.
	H.	F.	H.	F.	
1. Misère et revers de fortune.....	19.827	2.634	441	59	7,529
2. Chagrins de famille	17.514	5.998	389	133	2,919
3. Amour, jalousie, débauche.....	7.905	3.719	176	83	2.124
4. Ivrognerie.....	15.817	1.735	352	39	9.116
5. Peines diverses...	32.113	7.631	714	169	4.208
6. Maladies cérébr...	37.584	17.552	835	390	2.141
7. Suicide après assassinat, empois., etc.	1.115	99	25	2	11.262
8. Motifs inconnus...	14.680	3.061	326	68	4.795
	146.555	42.429	3.258	943	3.454

©BIUM

Si, d'après ce tableau, on calcule la proportionnalité relative pour 1.000 suicides de chaque sexe, on obtient le tableau suivant :

	Hommes.	Femmes.
1. Misère et revers de fortune.....	136	63
2. Chagrins de famille.....	119	141
3. Amour, jalousie, débauche.....	54	88
4. Ivrognerie.....	108	41
5. Peines diverses.....	219	179
6. Maladies cérébrales.....	256	414
7. Suicides après assassinat, empoisonnement, etc.....	8	2
8. Motifs inconnus.....	100	72
	1.000	1.000

Les tableaux précédents nous montrent que :

Le rapport des hommes aux femmes est à son maximum en ce qui concerne les suicides après assassinat, empoisonnement, etc., ce qui s'explique par le nombre beaucoup plus grand des criminels dans la population mâle. Les excès alcooliques fournissent un chiffre un peu inférieur; l'explication est analogue à la précédente. Vient ensuite le rapport correspondant au motif n° 1 (misère et revers de fortune). Il est probable, mais cela demande à être confirmé, que l'écart signalé entre les deux sexes doit provenir bien moins de la misère proprement dite que des revers de fortune, pertes au jeu, pertes d'emploi, etc. Les hommes sont, en effet, plus exposés à de semblables accidents et s'y montrent plus sensibles, comme en étant responsables pour une bonne part. De plus, ils résistent moins bien que les femmes aux brusques changements de situation. Le motif n° 3 (amour, jalousie, débauche) fournit un rapport très faible; ce qui tient, d'une part, à ce que le motif grossesse hors mariage est spécial à la femme, et, de l'autre, à ce que les chagrins d'amour sont d'ordinaire assez facilement surmontés par les hommes, tandis qu'ils frappent cruellement les femmes, pour qui l'amour

©BIUM

est une des choses les plus sérieuses, puisque c'est de lui que dépend toute leur existence, sans diversion possible, du moins avouable. Nous voyons enfin que ce rapport est à peu près le même relativement aux maladies cérébrales. Ce résultat est très intéressant en ce qu'il appelle l'attention des médecins sur la forme différentielle des affections cérébrales dans les deux sexes. D'où vient que l'état de folie exagère chez la femme la tendance au suicide? Nous posons la question, mais nous n'essaierons pas d'y répondre.

Dans les deux sexes, ce sont ces maladies cérébrales qui déterminent le plus de suicides ; mais, chez les femmes, leur influence est bien plus marquée (2/5 au lieu de 1/4 du nombre total des suicides de chaque sexe).

Viennent ensuite les *peines diverses*, qui auraient vraisemblablement la même influence sur les deux sexes, à en juger par le voisinage des chiffres (219 H., 179 F.), si parmi ces peines ne figuraient celles qui tiennent au service militaire, ce qui fait naturellement augmenter le chiffre des hommes.

Nous voyons, en outre, que les femmes sont plus atteintes que les hommes par les chagrins de famille, par l'amour, etc., et incomparablement moins par la misère, etc., et surtout par l'ivrognerie.

Nous n'insistons pas davantage, l'inspection des tableaux pouvant aisément suppléer à toute explication.

Il nous a paru intéressant de rechercher l'influence apportée par le temps dans la répartition moyenne que nous venons d'exposer ; à cet effet, nous avons calculé les moyennes des neuf périodes quinquennales qui vont de 1836 à 1880, ce qui nous a donné, pour les deux sexes réunis, le tableau suivant :

©BIUM

	1836 à 1840	1841 à 1845	1846 à 1850	1851 à 1855	1856 à 1860	1861 à 1865	1866 à 1870	1871 à 1875	1876 à 1880
1° Misère et revers de fortune	401	408	518	483	458	515	502	509	698
2° Chagrins de famille.....	283	348	423	447	476	543	617	723	841
3° Amour, jalousie, débauche.	242	244	276	289	290	280	238	213	254
4° Ivrognerie...	137	196	211	216	306	439	641	564	800
5° Peines diverses.....	514	599	657	803	896	973	1042	1135	1331
6° Maladies cérébrales	659	764	917	1049	1201	1410	1544	1583	1900
7° Suicide après assassinat, empois., etc..	20	24	21	22	27	41	30	33	34
8° Motifs inconnus..... ..	325	369	424	332	346	459	376	516	401

L'examen de ce tableau montre :

Que la moyenne des suicides par maladies cérébrales est et se maintient la plus haute. Nous voyons qu'elle augmente d'abord régulièrement, puis avec une vitesse croissante, en subissant toutefois un léger ralentissement aux périodes 1866-1870 et 1871-1876.

Après les maladies cérébrales, la moyenne la plus élevée au départ est celle des suicides pour peines diverses. Cette moyenne croît, en général, moins vite que la précédente ; sa marche est plus régulière et n'offre rien de saillant.

La moyenne qui vient ensuite est celle marquée : « misère et revers de fortune » ; la marche de cette moyenne est irrégulière. De 1860 à 1875, elle est à peu près stationnaire, puis elle se relève rapidement.

La quatrième moyenne est relative aux motifs inconnus. Cette moyenne est très irrégulière.

La moyenne des suicides pour chagrins de famille est régulièrement ascendante ; de cinquième qu'elle était au départ, elle arrive troisième.

©BIUM

La sixième moyenne (amour, jalousie, débauche) croît lentement jusqu'en 1860, pour décroître ensuite et se relever à la dernière période ; dans l'ensemble, elle est à peu près stationnaire.

Nous avons déjà étudié spécialement les suicides par ivrognerie, et nous ne nous en occuperons ici que pour signaler la rapidité relative de leur accroissement à partir de 1855. Du septième rang qu'elle occupait en 1836-1840, cette moyenne arrive au quatrième en 1876-1880, et bientôt au troisième; la moyenne est six fois plus forte à l'arrivée qu'au départ.

Quant à la huitième moyenne (suicide après crime), sa marche est à peine ascendante.

Si, pour nous faire une idée de la vitesse relative d'ascension de ces diverses courbes, nous comparons les années 1836 et 1880, et que nous rapportions les augmentations moyennes annuelles, résultant au nombre total des suicides de chaque catégorie, et cela pour les deux sexes, soit réunis, soit séparés, nous trouverons les nombres suivants :

	Millièmes.		
	D. S.	H.	F.
Misère et revers de fortune.....	16	18	2
Chagrins de famille.....	47	46	51
Amour, jalousie, débauche.....	3	11	14
Ivrognerie.....	121	120	121
Peines diverses.....	46	44	55
Maladies cérébrales.....	60	69	46
Suicides après assassinat, etc.....	43	39	»
Motifs inconnus.....	7	13	99

Nous voyons, d'après ce tableau, que l'ivrognerie tend à devenir la cause prépondérante du suicide ; ensuite, mais bien moins, les maladies cérébrales; puis, presqu'au même degré, les chagrins de famille et les peines diverses; un peu au-dessous, les suicides après crime; la misère et surtout l'amour donnant de faibles accroissements.

©BIUM

Les deux sexes ne se comportent pas de la même manière dans tous les cas, et il y a lieu de distinguer.

Pour les hommes et les femmes, non seulement l'ivrognerie joue le rôle prépondérant, mais de plus il y a égalité dans l'accroissement proportionnel moyen. Les peines diverses, puis les chagrins de famille, ont sur les suicides de femmes une influence qui croît plus rapidement que l'influence exercée sur les hommes par ces mêmes causes. Il en est de même, à bien plus forte raison, du motif amour, jalousie, débauche, puisque les suicides d'hommes qui lui sont dus vont en diminuant, tandis que ceux de femmes continuent à augmenter, mais cependant de façon assez lente relativement aux autres motifs. En sens inverse, nous voyons que la misère n'exerce pas sur les femmes, au point de vue du suicide, une influence beaucoup plus marquée qu'il y a quarante ans, et qu'elle est neuf fois plus grande pour les hommes, sans être pourtant bien considérable comparativement à celle des autres motifs. Enfin, il n'y a aucune différence appréciable entre les suicides de femmes qui viennent de commettre un crime et ce qu'ils étaient autrefois ; mais, chez les hommes, l'accroissement est très sensible.

Nous ne croyons pas devoir accompagner ces faits d'aucun commentaire. Ce serait nous lancer dans des hypothèses le plus souvent invérifiables.

	HOMMES		FEMMES		DEUX SEXES	
	Différ.	Moy.	Différ.	Moy.	Différ.	Moy.
	1	4	2	5	3	6
Janvier.....	224	5,09	51	1,16	275	6,25
Février.....	191	4,34	45	1,02	236	5,36
Mars.....	201	4,57	60	1,36	261	5,93
Avril.....	297	6,75	62	1,41	359	8,16
Mai.....	301	6,84	63	1,43	364	8,27
Juin.....	306	6,95	79	1,80	385	8,75
Juillet.....	251	5,70	65	1,48	316	7,18
Août.....	245	5,57	60	1,36	305	6,93

©BIUM

	HOMMES		FEMMES		DEUX SEXES	
	Différ.	Moy.	Différ.	Moy.	Différ.	Moy.
	1	4	2	5	3	6
Septembre....	209	4,75	33	0,75	242	5,50
Octobre.....	202	4,59	51	1,16	253	5,75
Novembre.....	189	4,30	40	0,91	229	5,21
Décembre.....	147	3,34	48	1,09	195	4,43
	2.763	62,79	657	14,93	3.420	77,72

Ces nombres suivent une loi assez rapprochée de celle que nous avons déjà exprimée pour qu'on puisse dire que les différences entre les mêmes mois des années successives sont d'autant plus grandes que ces mois donnent des chiffres de suicides plus considérables.

On sait que le suicide a souvent pour cause une maladie mentale, et que ces affections sont à leur maximum d'intensité pendant la période chaude de l'année. Nous ne pouvions examiner ici l'influence spéciale des diverses maladies de ce genre; mais nous avons voulu étudier en particulier l'influence de l'alcoolisme, parce que les excès de boisson sont le point de départ d'un grand nombre de maladies mentales, la paralysie générale, entre autres, si fréquente aujourd'hui.

(*A suivre.*)

©BIUM

Médecine légale.

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES

SUR LE

SOMNAMBULISME ARTIFICIEL

A PROPOS DU PROCÈS CRIMINEL

D'UN HYSTÉRIQUE HYPNOTISABLE

Par le Dr Samuel GARNIER,
Directeur-médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Dijon.

La constatation d'une somniation facilement provoquée doit-elle être aux yeux de l'expert médical, pour le sujet chez lequel elle a été faite, un motif suffisant pour admettre en sa faveur, soit l'irresponsabilité, soit une responsabilité atténuée, à l'occasion de faits délictueux qui viennent à lui être reprochés ; ou enfin laisser cette responsabilité intacte.

Ce sont ces alternatives différentes que nous avons eu à envisager, pour nous résoudre à adopter la dernière, dans un procès criminel de l'année 1887, où l'avocat, l'hypnotisme aidant, réussit à faire exonérer son client de toute responsabilité, malgré les conclusions de l'expertise médicale qui la déclarait entière. Si je reviens aujourd'hui sur une cause déjà aussi ancienne, c'est parce qu'elle eut à cette époque, dans plusieurs journaux de la capitale en quête d'actualité, l'honneur d'un pre-

©BIUM

mier Paris qui mit sur le compte de l'hypnotisme tous les méfaits reprochés à l'inculpé, alors qu'il n'eut aucun rôle efficient dans leur perpétration.

J'ai sous les yeux un de ces articles, fort bien fait du reste, mais tout à fait erroné, où non seulement les déclarations de l'accusé, mais encore les conclusions de l'expertise qui nous fut confiée de concert avec deux de nos confrères nivernais, sont dénaturées et travesties pour les besoins de la thèse qui s'y trouve développée. L'article en question nous fait conclure à une responsabilité limitée, alors que nous avions affirmé la responsabilité entière de l'inculpé, et, rapprochant le verdict d'acquittement des conclusions qu'il nous prête, il proclame la supériorité du jury nivernais, dans cette affaire, sur le jury parisien, dans celle d'Euphrasie Mercier, où les médecins eux aussi, dit-il, avaient conclu à une demi-responsabilité, et le félicite hardiment de sa prétendue logique, car, ajoute-t-il, il a estimé « que le prévenu jouit de toute sa raison ou n'en jouit pas ».

Ce n'est pas le lieu de démontrer ici combien cette dernière proposition est trop absolue, surtout en matière de responsabilité pénale; aussi bien le monde aliéniste se partage à son égard en deux camps inégaux : ceux qui en sont partisans et ceux qui l'admettent avec certains tempéraments dans la pratique ; mais ce que l'on peut affirmer, c'est que le jury qui acquitta B... ne mérite point l'excès d'honneur qui lui fut octroyé par le journaliste parisien. Sa logique n'alla pas aussi loin, et c'est parce qu'il ne se sentit pas suffisamment éclairé pour déclarer l'accusé coupable qu'il l'acquitta, sans se soucier si son verdict pouvait être considéré comme la contrepartie des conclusions médicales. Et si l'hypnotisme vint peser de son poids dans la balance en faveur de l'accusé, ce fut par une sorte de superfétation, car les faits incriminés ne furent pas tous établis avec la netteté

©BIUM

désirable en pareil cas. L'avocat lui-même sentit si bien que l'hypnotisme ne pouvait à lui seul, même en montrant son client hypnotisable et suggestionnable au plus haut degré, suffire à amener un acquittement, qu'il plaida en outre contre la matérialité des faits et introduisit en fin de compte dans les débats un nouvel élément complètement laissé en dehors de l'expertise et pour cause, je veux parler de l'inversion du sens génital dont il gratifia artificieusement l'inculpé pour expliquer d'une façon morbide des faits d'immoralité que l'accusation lui imputait. Comme je n'ai pas à faire ressortir ce que fut une plaidoirie, qui eut, il est vrai, un plein succès, mais dont une partie des moyens oratoires fut empruntée, somme toute, à l'allégation de l'existence chez l'accusé d'un cas pathologique qui n'exista jamais chez lui et que l'on considère du reste à bon droit comme une curiosité scientifique, je rentre dans mon sujet en exposant rapidement les faits du procès.

Un jeune instituteur de la Nièvre, marié et père de famille, occupant un poste d'adjoint dans une école primaire supérieure du département, fut accusé de nombreux faits de masturbation réalisés entre lui et les élèves confiés à ses soins. Certains de ces faits remontaient à plus d'une année ; un seul remontant à l'époque où cet instituteur venait d'être nommé adjoint dans l'école où il avait été élève, était avoué par lui ; mais il expliquait que l'élève avec lequel le fait s'était passé était son camarade, et niait tous les autres, bien qu'il eût pu s'en excuser en alléguant une impulsion irrésistible, analyse de lui-même, qu'il eût été bien à même de faire, si elle eût réellement existé, car il est fort intelligent.

Traduit devant la cour d'assises, la déposition d'un seul témoin à décharge, mais médecin de la localité où les faits s'étaient passés, provoqua de la part du ministère public une demande de renvoi à fin d'expertise

©BIUM

dans les termes suivants : « Attendu qu'il résulte de la « déposition du Dr L... que l'accusé B... aurait fréquem- « ment des troubles cérébraux qui, sans lui enlever la « responsabilité de ses actes, seraient cependant de « nature à en atténuer la gravité, qu'il importe de véri- « fier ce point et de recourir à un examen médico-légal, « requiert qu'il plaise à la Cour dire que l'affaire actuel- « lement pendante sera renvoyée à la session prochaine « pour qu'il soit procédé à l'examen dont il s'agit. »

Le défenseur, de son côté, déposa des conclusions tendant au même but, et le mandat qui nous fut confié se limita dès lors à une vérification d'un état mental allégué au cours des débats.

Et d'abord la déposition du médecin, qui vient d'être relatée, nous ayant paru capitale, mais peu explicite, celui-ci voulut bien la compléter, sur notre demande, dans les termes suivants : « J'ai été appelé à plusieurs « reprises à donner mes soins à l'inculpé, pour des « troubles cérébraux fréquents, revenant en général « tous les mois ou tous les deux mois, accompagnés de « palpitations cardiaques et de vomissements alimen- « taires ; trois ou quatre jours après le début, surve- « naient des hématémèses et tout rentrait dans l'ordre. « J'ai remarqué de plus la facilité avec laquelle B... se « laissait endormir ; il était tellement sensible que, lors- « que je lui parlais, j'étais obligé de baisser les yeux, « car il se serait endormi. »

D'après cet exposé, l'état qu'il s'agissait de vérifier pouvait d'ores et déjà être rapporté à l'hystérie. Cette hystérie paraissait en outre, *à priori*, être de l'hystérie surtout viscérale, et la facilité de somniation, affirmée chez l'individu par un médecin, fortifiait ce diagnostic qui se trouvait emprunter au sexe du sujet un côté intéressant de plus.

Le problème à résoudre se bornait donc à rechercher

©BIUM

les stigmates de l'hystérie, dont le somnambulisme provoqué est à lui seul un bon révélateur, parfois même le seul, et, se plaçant ensuite sur le terrain des faits incriminés, examiner s'il y avait une corrélation entre eux et l'hystérie supposée existante ; ou bien si les phénomènes nerveux à vérifier n'avaient avec ces faits qu'un rapport de concomitance banale ; enfin, quel était le degré de cette hystérie même, une fois reconnue.

L'examen direct ne nous fit découvrir aucun des stigmates permanents des hystériques (nous verrons plus loin ce qu'il plaça seulement en lumière) ; quant au sommeil hypnotique, la facilité avec laquelle on le provoquait mit son existence chez B... hors de toute contestation. Au surplus, depuis son arrestation cette aptitude à se laisser endormir avait encore été développée par des hypnotisations successives faites par les soins de la défense. Il nous fut facile de répéter les expériences d'hypnotisation et de nous convaincre que nous avions affaire à un sujet qui présentait la réunion remarquable des trois périodes classiques du somnambulisme artificiel. Reprenant alors l'examen des circonstances multipliées dans lesquelles les faits d'immoralité s'étaient tous passés, il nous fut impossible d'en rattacher un seul à une période où le sujet aurait pu être sous l'influence d'un sommeil nerveux provoqué. L'hypnotisme n'avait donc rien à voir avec la portée criminelle de ces faits. En était-il de même de l'hystérie, celle-ci admise ?

Un préjugé fort répandu, sinon dans le corps médical, du moins dans le public, fait de l'hystérie presque le synonyme d'immoralité, et la salacité, tout au moins des hystériques femelles, est un des articles les plus solidement établis d'une sorte de CREDO médical à l'usage des gens du monde ; mais cette affirmation ne résiste pas à l'examen clinique, et Morel a judicieusement fait ressortir que l'érotisme et la nymphomanie sont des

©BIUM

exceptions au milieu des phénomènes pathologiques observés par lui chez les hystériques aliénées.

Dans notre cas particulier, les renseignements qui nous furent communiqués, comme aussi les déclarations de l'inculpé lui-même, détruisirent complètement, s'il avait été nécessaire de le faire, l'hypothèse d'une hystérie à symptômes aussi fantaisistes. Ces mêmes renseignements et nos interrogations directes nous permirent en même temps d'écarter si complètement l'autre hypothèse d'une inversion du sens génital, pour l'existence de laquelle l'avocat brûla à l'audience ses dernières cartouches, que notre rapport n'en fait même pas mention; ainsi donc, rien n'autorisait à mettre sur le compte d'une hystérie de fantaisie des faits qui tombent sous le coup de la loi.

Voici maintenant quelles furent les appréciations qui nous conduisirent au diagnostic d'hystérie, cette fois médical, avec l'appréciation de son degré et, par conséquent, de son influence sur la responsabilité.

Qu'avons-nous trouvé, disions-nous, chez B...? Une impressionnabilité manifeste, de la pâleur et de la décoloration des muqueuses, des palpitations essentielles, un très léger retard dans le réflexe pharyngien et, enfin, une aptitude remarquable à être influencé par les procédés hypnotiques et à passer par les trois périodes de sommeil nerveux provoqué. Relativement à cette aptitude à s'endormir, prise isolément, ce qui n'est pas le cas ici, et nous allons le voir tout à l'heure, les opinions sont partagées sur la question de savoir si elle appartient aux seuls hystériques, ou, au contraire, si elle est dévolue aux sujets sains. Parmi les partisans de cette dernière opinion, on peut citer Bernheim, Liébeault, Ch. Richet et Bottey. Ce dernier dit formellement : « Chez les su-
« jets absolument sains, et par sujets sains nous enten-
« dons des sujets ne présentant aucun état morbide

©BIUM

« appréciable et surtout n'ayant jamais eu d'affections « nerveuses dans leurs antécédents soit personnels soit « héréditaires, des sujets, en un mot, chez lesquels il « n'existe aucun symptôme d'état névropathique, soit « organique soit dynamique, nous arrivons chez les « femmes à une proportion de 30 p. 100 de sujets hyp- « notisables. » Au contraire, le docteur Gilles de la Tourette, sans dire expressément que les hystériques seuls sont hypnotisables, affirme, d'après ses recherches, que ce sont eux qui en forment le plus fort contingent, que les autres prennent place parmi les individus à tempérament nerveux, chez lesquels l'hystérie ne demande qu'à éclore; qu'enfin les prétendus sujets sains des auteurs ne le sont pas, puisque leurs antécédents n'ont pas été relatés, et conclut, en définitive, à la production de l'hypnotisme chez les seuls névropathes.

Pour Legrand du Saulle, l'hypnotisme est une névrose, ou plutôt une des modalités cliniques que revêt l'hystérie.

On peut concevoir qu'en présence d'une telle divergence d'opinions, il soit difficile de conclure, du seul fait de la somniation provoquée chez un individu, à l'hystérie; mais, dans le cas particulier, cette difficulté est précisément levée, puisque cette faculté de somniation n'est pas isolée chez B... Nous avons fait chez lui une constatation de phénomènes importants ; si maintenant nous y ajoutons les douleurs frontales intermittentes, la sensation subjective de froid et de chaud successifs à la région cardiaque, qu'on ne peut décrire sans l'avoir éprouvée, les troubles gastriques accusés par l'inculpé et constatés, en majeure partie, par un observateur autorisé et digne de foi, il nous paraît que l'interprétation légitime d'un tel ensemble de symptômes ne peut se faire que par l'hystérie.

Sans doute à ce faisceau symptomatique il manque

©BIUM

les phénomènes d'insensibilité cutanée, les troubles de la vision et les crises que Legrand du Saulle appelle « l'estampille grossière de l'hystérie »; mais il ne faut pas oublier la réserve que fait Lucas Championnière, quand il dit que « les cas complets présentant toutes « les manifestations de l'hystérie sont moins communs « chez l'homme que chez la femme ».

Si les phénomènes objectifs et subjectifs présentés par B... s'expliquent par l'hystérie, il faut reconnaître toutefois que cette hystérie acquise est encore très légère et ne dépasse pas les bornes qu'on assigne généralement à un état névropathique; en un mot, c'est de l'hystérie au premier degré, qui n'a aucune influence sur la responsabilité qu'il peut encourir pour les faits qui lui sont reprochés.

On le voit, nous rattachâmes nettement dans ce cas le somnambulisme artificiel du sujet à un premier degré de l'hystérie, sans avoir eu à l'apprécier comme symptôme isolé; et maintenant, pour répondre aux trois questions que nous posions au début de ces lignes, nous nous croyons autorisé à dire :

La constatation de la facilité d'hypnotisation d'un sujet conduit presque toujours au diagnostic d'hystérie, dont le somnambulisme est alors ou un épiphénomène ou une manifestation initiale, et, dans ce cas, l'appréciation du degré de cette hystérie conduit à l'appréciation de la quantité de responsabilité du sujet.

L'irresponsabilité doit toujours être acquise à l'individu, si les faits qu'on lui impute ont été accomplis pendant une période de somniation (cas de Mesnet et de Motet), même si l'on restait en présence d'un hypnotisme qu'on ne puisse rattacher scientifiquement à l'hystérie (cas rare).

La responsabilité doit rester entière si le sujet est démontré hypnotisable en dehors de l'hystérie (cas rare);

©BIUM

il en sera de même si le somnambulisme artificiel peut être rattaché à cette dernière, en admettant qu'elle soit légère et que les faits incriminés se sont passés, bien entendu, dans les deux cas, en dehors de toute période somnambulique.

La responsabilité limitée peut toujours être réclamée en présence d'un somnambulisme artificiel dépendant d'une hystérie grave, même si les faits délictueux ou criminels se sont passés en dehors de l'hypnotisme ; on ne doit tenir compte de l'existence de celui-ci qu'au point de vue du diagnostic d'hystérie, dont il restera à apprécier la gravité et, partant, l'influence qu'elle peut avoir sur cette responsabilité. A une hystérie grave correspond bien souvent une responsabilité atténuée ; mais c'est toujours l'examen approfondi de chaque fait particulier qui devra guider l'expert et lui inspirer des conclusions solides.

On remarquera que, dans l'affaire que nous avons essayé de synthétiser pour le lecteur, l'hypnotisme n'a joué qu'un rôle purement accessoire, mais que néanmoins on chercha à tirer de son existence chez l'inculpé un motif d'exonération complète de responsabilité. Si la seule existence de la réalisation facile chez un sujet, du sommeil nerveux artificiel, devait, *ipso facto*, entraîner pour lui-même une atténuation de responsabilité au sujet de faits qui se sont passés en dehors de toute hypnotisation, il faudrait presque renoncer à la poursuite des crimes ou des délits.

Quel névropathe n'a pas, en effet, été peu ou prou hypnotisé dans ces séances de magnétisme qui se multiplient dans les théâtres et même les cafés, au grand détriment de la santé publique (c'est dans une séance de café que le sujet qui nous occupe découvrit qu'il était hypnotisable), et malgré les avertissements répétés du corps médical d'avoir à se garer de pareils spectacles.

©BIUM

N'avons-nous pas vu encore tout récemment, à Nevers, le trop fameux Dhont, dit Donato, expulsé d'Italie et de Suisse, convier, à grand renfort d'affiches tapageuses, un public malheureusement toujours avide d'émotions malsaines, à ses séances d'hypnotisme empirique ; et elles furent, hélas ! assidûment suivies, surtout par les membres des classes sociales élevées. Combien de nerveux ont pu y être hypnotisés, ou voir naître chez eux une aptitude à s'endormir et qui, plus tard, à l'aide de la constatation facile d'un somnambulisme voulu, essaieront de se soustraire, en invoquant chez eux son existence, aux justes châtiments que des faits tombant sous le coup de la loi pourraient leur attirer ! A ce point de vue seul, l'exercice de l'art du charlatan magnétiseur, dont le sieur Donato paraît être un virtuose provincial, devrait être non point seulement interdit, mais rigoureusement puni par des lois sévères que nous appelons de tous nos vœux.

©BIUM

Établissements d'aliénés.

ESSAI CRITIQUE
SUR
L'ORGANISATION
MÉDICO-ADMINISTRATIVE
DU SERVICE DES ALIÉNÉS

Par le Dr Ernest CHAMBARD,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
médecin en chef de l'Asile des aliénés de Pierrefeu.

Qu'est le médecin dans l'asile? Rien.
Que doit-il être? Tout.

Au moment où les pouvoirs publics songent à substituer à la bonne vieille loi du 30 juin 1838 une législation nouvelle plus complète et plus rassurante, il est du devoir de tout aliéniste de concourir, dans la mesure de sa compétence, à une œuvre aussi capitale; peu de nos confrères, cependant, ont abordé jusqu'ici cette tâche un peu délicate, et l'abstention du plus grand nombre excusera peut-être cet « essai » que notre peu d'avancement dans la carrière eût fait autrement taxer de téméraire.

Nous nous proposons d'examiner ici, non l'ensemble du projet de loi sénatorial dont le Parlement s'occupera lorsque la politique lui en laissera le loisir, mais ceux de ses articles sur lesquels nos études et les circons-

©BIUM

tances nous ont donné quelques lumières. Nous le ferons avec la réserve d'un spécialiste encore novice qui sait s'aventurer sur un terrain difficile, mais avec l'indépendance d'un médecin uniquement soucieux du service public auquel il est attaché ; et, s'il nous arrive de blesser quelques susceptibilités ou quelques intérêts, on nous le pardonnera, croyons-le, en faveur de la bonne foi qui n'aura cessé de nous servir de guide. Nous ne dirons rien, d'ailleurs, qui n'ait été dit avant nous et par de plus autorisés ; mais il s'agit moins, en face de problèmes envisagés déjà sous tous leurs aspects, de proposer des solutions nouvelles que de faire nombre en faveur de celles qui semblent les plus pratiques et les plus équitables.

I. — Direction médico-administrative des asiles. — Directeurs-médecins. Directeurs administratifs et médecins en chef.

En décidant que, sauf mesure spéciale prise sur l'avis du *Comité suprême des aliénés*, les asiles publics seront administrés, sous l'autorité du ministre de l'Intérieur et des préfets, par des médecins directeurs responsables, l'article V du projet de loi sénatorial consacre le principe de la réunion des fonctions médico-administratives qui compte, tant dans l'administration que dans le corps des médecins aliénistes, de nombreux partisans. Adopté en Angleterre, où les asiles publics sont dirigés par des « medical superintendants », en Allemagne, en Italie, soutenu en France par des médecins tels qu'Esquirol, Falret père, Parchappe, Renaudin, Foville, ce principe n'eût pas attendu de l'article 13 de l'ordonnance royale du 18 décembre 1839 sa reconnaissance officielle s'il se fût trouvé, dès le début, un nombre suffisant de médecins assez au courant des questions

©BIUM

que soulève l'organisation manicomiale pour se charger des lourdes et périlleuses fonctions de médecin directeur (1). Il a fallu, pour que les ministres usassent de leur droit de réunion, que la fonction nouvelle eût créé un organe nouveau et que le type du médecin-directeur d'asile se fût peu à peu dégagé.

I. — A n'envisager que l'administration générale d'un asile d'aliénés, la réunion, entre les mêmes mains, de l'autorité administrative et médicale, apparaît incontestablement comme la mesure la plus propre à imprimer à un établissement l'unité de direction et de discipline nécessaire à sa bonne tenue ainsi qu'à sa prospérité. Nous trouvons, cependant, avec un petit nombre de nos confrères et quelques administrateurs, que ce système, tel qu'on l'applique aujourd'hui, présente des inconvénients assez sérieux pour en autoriser, tout au moins, le remaniement.

Le premier, d'ordre purement administratif, est l'incompétence relative de médecins attachés, dès le début de leur carrière, à des fonctions auxquelles ne les ont préparés ni leurs études, ni leurs emplois antérieurs (2). Ce devrait être une règle de ne confier un pouvoir directorial qu'à des hommes ayant acquis, par un passage plus ou moins lent à travers la « filière », le savoir et l'autorité nécessaires. Or, des nombreux employés dont le directeur-médecin est le chef, il en est un, l'économe, dont il doit *surveiller les opérations* et sur lequel reposent la fortune et l'honneur de la maison. Comment un médecin, administrateur novice, se montrera-t-il à la

(1) Constans. Directeur ou directeur-médecin? *Annales méd.-psychologiques*, n° 1, 1888.

(2) Il est, nous le savons, d'excellents administrateurs parmi les directeurs-médecins d'asiles ; mais ils le sont devenus, avec le temps, en renonçant au côté scientifique et même médical de leur carrière.

©BIUM

fois comptable pour vérifier la caisse, commerçant pour éplucher les factures, agronome pour surveiller l'exploitation du fonds de l'asile ; et si l'économe, qu'il n'a pas choisi, qu'on lui a imposé, est un voleur, ce qui s'est vu, dit-on, reprochera-t-on au médecin-directeur, d'autant moins clairvoyant, en général, qu'il sera plus honnête, de n'avoir su dépister les ruses de l'employé infidèle, le rendra-t-on responsable de ses malversations ?

Il existe, d'autre part, une antinomie morale entre la fonction du médecin et celle du directeur. Le devoir de l'un est de pousser à la dépense (1) ; celui de l'autre, de forcer à l'économie. Représentant de la science et protecteur attitré des malades, celui-ci doit exiger ce qui peut aider au développement de la psychiatrie et concourir à la guérison des aliénés ; gardien des deniers du département, celui-là doit résister à toute innovation hâtive, à tout écart du régime commun qui ne semble pas nécessaire. De ces deux hommes fondus en un seul, qui l'emportera chez le directeur-médecin ? La réponse est facile, si l'on songe que c'est moins sur la bonne mine des malades confiés au médecin et sur la liste de ses travaux scientifiques, que sur l'état du budget confié au directeur, que l'administration juge son fonctionnaire et met à son « dossier » ces fameuses notes qui le suivent dans sa carrière et décident, il le croit du moins, de la disgrâce ou de l'avancement.

Il est, enfin, un argument sur lequel on pardonnera d'insister à un aliéniste dont les salles d'hôpital et les laboratoires ont longtemps abrité les études : il n'est que trop vrai qu'au point de vue scientifique, comme au point de vue moral, « le directeur tue le médecin. » Un homme

(1) On fera certainement la part de l'exagération voulue dans cette formule, artifice de rhétorique propre à accentuer notre pensée ; nous ne sommes nullement ami du gaspillage.

©BIUM

dont l'esprit est toujours occupé de quelque responsabilité et qui se trouve en rapports constants avec une foule de gens : hauts fonctionnaires de l'ordre administratif et judiciaire, membres des commissions de surveillance, conseillers généraux, etc., contre le mécontentement justifié ou non desquels il est à peu près sans défense, ne saurait avoir la liberté d'esprit nécessaire pour mener des recherches scientifiques suivies ou même examiner à fond et traiter méthodiquement les malades qui lui sont confiés : il en est empêché, beaucoup moins par le manque de temps — car, si nombreuses que paraissent ses occupations, elles finissent par se tasser, — que par leur diversité même et la forme ainsi que les dimensions du moule dans lequel la vie administrative a coulé son esprit.

Ne voyons-nous pas, d'ailleurs, que la plupart des aliénistes qui ont laissé quelque trace sur le sol que nous cultivons, les Pinel, les Esquirol, les Calmeil, les Baillarger, les Falret, les Magnan, se sont contentés de fonctions purement médicales et ont cru, avec le plus illustre d'entre eux, Morel, de Saint-Yon, que « le médecin se devait tout entier à la science et aux malades ». Peut-être ces raisons seront-elles de peu de poids auprès des personnes habituées à envisager le service des aliénés à un point de vue purement administratif, comme à ne voir dans les asiles que des dépôts et dans les aliénistes que des fonctionnaires d'un ordre assez inférieur; peut-être nous dira-t-on, paraphrasant une parole tristement célèbre du tribunal révolutionnaire, que l'administration a moins besoin de savants que de médecins exacts et dociles : ce serait là un argument à courte portée. Peu de temps après la mort de Lavoisier, la République dut faire appel aux chimistes et aux ingénieurs, et la France aurait aujourd'hui bien besoin d'aliénistes pour relever aux yeux de l'étranger la science et l'enseignement de la

©BIUM

psychiatrie auxquels elle a servi de berceau. L'administration, elle-même, ne doit pas dédaigner un corps de médecins instruits, dévoués, « uniquement à leur affaire, » s'efforçant de diminuer la durée du séjour des malades dans les asiles et capables de tenir tête aux attaques dont elle est souvent l'objet de la part de la presse et de l'opinion publique.

Les médecins-directeurs comprennent si bien l'impossibilité dans laquelle ils se trouvent de remplir intégralement leurs doubles fonctions que beaucoup d'entre eux, même désintéressés de toute poursuite scientifique, se déchargent sur leurs médecins adjoints d'une partie du service médical, violant ainsi l'article 60 du règlement du service intérieur, qui leur prescrit de visiter chaque jour les malades de toute catégorie confiés à leurs soins. Nous ne saurions trop condamner un pareil expédient. Le médecin-directeur borne-t-il sa visite aux quartiers d'observation et d'infirmerie, il perd rapidement de vue les autres malades et n'a plus avec les gardiens des autres quartiers ce contact journalier nécessaire à une bonne discipline ; alterne-t-il avec ses subordonnés dans la visite d'une partie ou de la totalité de l'établissement, toute observation suivie, tout traitement sérieux deviennent impossibles ; leur abandonne-t-il, enfin, le service médical en ne se réservant que la signature des certificats, le mal est plus grand encore, à moins qu'il ne se résigne à les investir de toute l'autorité de médecins en chef. Cette situation bâtarde peut même devenir, pour les médecins adjoints, assez périlleuse et quel qu'en soit, de prime-abord, l'attrait, nous ne leur conseillerons, maintenant, de ne l'accepter que contraints et forcés. Il pourrait leur arriver d'être rendus responsables des méfaits de gardiens choisis par un commis, répartis par un surveillant et échappant par suite à leur autorité : heureux encore s'ils devaient leur salut

©BIUM

aux fautes accumulées, au cours d'une longue instruction judiciaire, par les vrais coupables !

II. — A ces inconvénients, on a opposé de tout temps des remèdes, les uns simplement palliatifs, d'autres plus ou moins radicaux.

Le plus héroïque est la division des fonctions médico-administratives. Au médecin-directeur, chef unique et suprême de l'asile, on a substitué deux fonctionnaires : le directeur administratif et le médecin en chef, théoriquement égaux et indépendants chacun dans la sphère de ses attributions.

Si le système de la réunion des pouvoirs tel qu'on l'applique aujourd'hui présente de graves défauts que nous nous sommes efforcé de mettre en lumière, celui de la division est affecté de vices rédhibitoires que nous allons signaler une avec franchise peut-être périlleuse. Frères siamois de l'asile et, partant, frères ennemis, le directeur et le médecin sont voués par leurs origines et la nature de leurs attributions à une antipathie constitutionnelle (1). L'un, fort de ses relations intimes avec l'administration, qui est pour lui le soleil, et du rôle prépondérant que lui assurent les règlements (2), habitué, comme les gens du monde, à juger les enfants d'Hippocrate sur le luxe de leur ameublement et le prix de leurs consultations, est porté à méconnaître le mérite du médecin d'asile et le regarde, peut-être, comme un raté de sa profession; l'autre souffre de

(1) Nous généralisons pour donner plus de relief à notre pensée et ne faisons aucune difficulté pour accorder qu'un directeur et un médecin, également instruits, bien élevés et capables, peuvent s'entendre, s'estimer et couler ensemble d'heureux jours. Ce beau résultat sera d'autant plus probable que chacun des deux fonctionnaires devra plus à son mérite et moins au hasard ou à la faveur.

(2) Voir le règlement du service intérieur, du 20 mars 1857.

©BIUM

se voir, en toute occasion, primé par ce « bureaucrate », et si ce dédain de l'homme de science pour l'homme de bureau, qui peut être un homme distingué et un honnête homme, n'est souvent qu'un préjugé, il peut se hausser jusqu'à l'indignation chez le médecin qui, après avoir consacré la meilleure partie de sa vie à des études longues et difficiles, et acquis cette ouverture, cette profondeur d'esprit que donnent seules les études biologiques, se voit exposé sans défense à la tyrannie de quelque patriote douteux ou de quelque politicien déconfit.

Aussi l'antinomie que nous avons signalée dans les fonctions médico-administratives s'aggrave-t-elle en s'extériorisant (1). La lutte qui grondait *in petto* chez le médecin-directeur éclate maintenant *coram populo* et se traduit pour le directeur et le médecin en bruyantes alternatives de victoires et de revers. La tempête sous un crâne devient une tempête dans un verre d'eau. Quelle qu'en soit l'issue; que le directeur, presque toujours soutenu par l'administration (2), l'emporte sans coup férir, ou que le médecin trouve appui dans un conseil général ou une commission de surveillance éclairés, le temps se passe en luttes stériles, les deux autorités se paralysent mutuellement, l'esprit d'indiscipline, de coterie et de délation s'introduit dans l'asile, les malades sont oubliés, la discorde règne au camp d'Agramant (3).

---

(1) « Tout, dans un asile, dit M. Constans, peut devenir entre le directeur et le médecin un *casus belli*. En droit, le directeur et le médecin sont hiérarchiquement égaux ; mais non en fait : toujours le directeur a le pas sur le médecin. »

(2) Nous ne saurions trop en faire un crime à l'administration. Par la force des choses et des règlements, elle ne connaît que le directeur ; le médecin lui reste étranger ou, s'il a de l'initiative, lui devient rapidement désagréable par ses réclamations, ses projets de réforme ou ses demandes de crédits.

(3) Nous trouvons dans un travail intéressant de M. Marandon de Montyel (La loi sénatoriale sur les aliénés, in *Annales d'hygiène*

©BIUM

Au point de vue économique, enfin, la division des fonctions médico-administratives entraîne un surcroît de dépenses qui ne saurait se justifier que dans des établissements riches ou importants, les seuls d'ailleurs, à une exception près, auxquels on ait jamais songé à l'appliquer (1) ; elle serait moins qu'admissible dans un asile en voie de formation, pauvrement doté et encore dépourvu du personnel ainsi que du matériel nécessaires à son fonctionnement normal (2).

---

publique et de médecine légale, n° 9, 1887), un aperçu original du rôle de « l'éternel féminin » dans les asiles. » Dans l'immense majorité des cas, dit notre distingué confrère, les difficultés entre directeur et médecin en chef naissent par les femmes, qui sont dans les asiles, plus encore qu'ailleurs, un terrible élément de discorde, et, si les fonctionnaires de ces établissements avaient toujours été célibataires, jamais l'idée ne serait venue de réunir les services. » — Sans la croire unique ni même prépondérante, nous acceptons la réalité de la cause de désunion signalée par M. de Montyel ; mais le mal existe, et nous ne croyons ni que l'administration ait l'intention d'imposer le célibat à ses fonctionnaires, ni qu'aucun raisonnement ait la vertu de détourner du mariage ceux que l'amour, l'intérêt, l'ennui ou l'esprit d'imitation pousse à ce parti hasardeux. Le mieux serait, en attendant qu'un revirement de mœurs dépouille la femme de l'importance exagérée que lui accorde la société actuelle et la remette à la place qui lui convient, de loger les fonctionnaires mariés près, mais hors de l'asile, dans des pavillons isolés et pourvus d'une entrée distincte. La promiscuité étant moindre que dans nos casernes actuelles et leur intérieur étant plus agréable, les femmes seraient peut-être amenées à moins voisiner et à s'occuper davantage de leur ménage, de leurs enfants et de leur jardin.

(1) Au point de vue du mode de direction (réunion ou division des fonctions médico-administratives), les asiles d'aliénés peuvent être classés comme il suit :

Grands asiles. . . . . 800 malades et au-dessus.	Réunion	4	Division	8	Total	12
Moyens asiles . . . . . 400 à 800 malades . . .	—	18	—	3	—	21
Petits asiles. . . . . Moins de 400 malades. .	—	16	—	1	—	17
TOTAUX.		38		12		50

(2) Nous passons prudemment sous silence certains *dessous* et les côtés politiques de la question. En fait, un médecin qui ne se recommande que par son bon vouloir, ses travaux et sa valeur

©BIUM

III. — Entre les systèmes de la réunion absolue et de la division complète des fonctions, s'en place un troisième auquel nous donnons hautement la préférence, qui, tout en conservant à la tête de l'asile, avec le titre de directeur, le médecin « principe de vie d'un hôpital d'aliénés » (Esquirol) (1), le décharge sur un fonctionnaire d'un ordre moins élevé, et pourtant responsable, des occupations bureaucratiques, économiques et financières qui ne se rattachent pas essentiellement à la haute direction morale de l'établissement. A ce plan général d'un tracé facile, mais dont l'exécution offre des difficultés de détail que nous sommes loin de nous dissimuler, se rattachent divers projets, parmi lesquels nous citerons ceux de MM. Bourneville et Constans : nous exposerons ensuite le nôtre.

Dans un *rapport* sur les asiles d'aliénés de la Seine, M. Bourneville (2) propose de laisser la direction générale au médecin en chef, mais de confier la « besogne administrative » à un « agent comptable » dont le traitement moins élevé marquerait la subordination hiérarchique au directeur-médecin.

Le projet de M. Constans (3), qui vise, à la fois, le service administratif et le service médical, a pour objet de « régulariser ce qui se fait déjà irrégulièrement et de faire sortir de la régularité une organisation meil-

---

scientifique, ne peut *rien* pour se faire respecter d'un administrateur à attaches politiques : il n'est plus médecin en chef que de nom et sa responsabilité est la seule de ses attributions dont il ne se voit pas dépouiller. Sans s'épuiser en luttes mesquines, sans mendier l'appui, le plus souvent illusoire, des influences locales, il doit, le soin de sa dignité l'exige, prier l'administration centrale de le déplacer au plus vite, sauf à être envoyé dans quelque poste écarté,

« Où d'être homme d'honneur, on ait la liberté. »

(1) Esquirol. *Des maladies mentales*, t. II, 1838.
(2) Bourneville. *Conseil général de la Seine*, 1879.
(3) Constans. *Loc. cit.*

©BIUM

leure ». Les asiles départementaux seraient placés sous la haute autorité d'un directeur-médecin en chef, secondé, au point de vue administratif, par un *régisseur* et, au point de vue médical, par des médecins adjoints. Le régisseur placé, dans la hiérarchie, immédiatement au-dessous du directeur-médecin et choisi parmi les secrétaires de direction, les receveurs et les économes, dépourvu d'initiative propre, mais pouvoir exécutif, serait chargé, sous le contrôle du médecin-directeur, de l'administration et de la gestion financière de l'asile, et le remplacerait, comme directeur, en cas d'absence; les médecins adjoints, après avoir assisté leur chef dans l'examen des entrants et la visite aux infirmeries, le quitteraient pour s'occuper des aliénés du régime commun qui leur seraient spécialement réservés; ils pourraient délivrer les certificats de quinzaine et de sortie, et, en cas d'absence du médecin-directeur, le remplaceraient dans ses fonctions médicales. Une fois par semaine, au moins, le médecin-directeur, le régisseur, les médecins adjoints, les internes, se réuniraient en conférence pour discuter les questions administratives et médicales relatives à la spécialité (1).

Les projets de MM. Bourneville et Constans reposent sur un principe juste; mais nous ne les connaissons pas assez en détail pour en pouvoir juger la valeur pratique. Le second nous semble passible des mêmes objections que nous avons adressées à la coutume de beaucoup de médecins-directeurs de se décharger sur leurs adjoints de la totalité ou d'une partie de leur service médical, et, s'il est bon de réserver au médecin en chef la rédaction des certificats immédiats, il serait peu logique de confier à des médecins plus jeunes et moins expérimentés celle

(1) Heureuse institution, si elle rallumait le feu sacré de nos internes et rendait plus cordiaux les rapports entre les habitants de nos asiles!

©BIUM

des certificats de sortie, qui exige un tact que donne seule une longue fréquentation des malades (1).

IV. — S'il était facile de montrer les vices des deux systèmes qui se partagent la direction médico-administrative de nos asiles, il l'est moins d'en proposer un autre qui, sans conduire de Charybde en Scylla, prenne à chacun d'eux ce qu'il a de bon. Nous l'essayerons pourtant en nous inspirant du double principe de la suprématie de l'autorité médicale et de la détermination exacte des attributions.

Qu'est-ce qu'un asile d'aliénés? Un hôpital dans une propriété rurale. Quels en doivent être les principaux rouages? Un service médical d'abord; puis un service administratif de police, de comptabilité et d'exploitation. Voyons le mode de recrutement, la situation hiérarchique et les fonctions du personnel qui leur doit être attaché.

Si l'hôpital est l'élément essentiel, la raison d'être de cet ensemble de services qui constitue l'asile d'aliénés, il est juste et nécessaire que le médecin en soit l'autorité la plus haute. Nommé au concours et placé selon des règles que nous exposerons ailleurs (2), le médecin doit être investi, non de la direction générale de l'établissement, formule vague qui nous renverrait bien vite à la fusion des pouvoirs, mais de la situation hiérarchique la plus élevée, du droit de surveillance sur tous les services et de l'indépendance la plus complète dans la sphère bien délimitée de ses attributions. A cet effet, il touche-

(1). Voy. E. Chambard. Etude casuistique sur la mise en liberté des aliénés. *Annales médico-psychologiques*. 1888.

(2) Il serait juste et bon que les places données aux médecins fussent en rapport avec leurs antécédents, leurs titres, leur caractère et que les asiles importants, munis d'un matériel scientifique et situés dans un centre intellectuel, fussent réservés à ceux d'entre eux qui sont autre chose que de simples machines à certificats.

©BIUM

rait un traitement plus élevé, à égalité de classe, que les autres fonctionnaires de l'asile (1), correspondrait directement avec les autorités de tout ordre (2), rédigerait, présenterait et dépenserait son budget médical (3), nommerait, classerait, révoquerait les employés de son service et aurait droit de veto sur la nomination, le classement et la révocation des préposés à ceux des services économiques dont la bonne tenue importe à l'hygiène et au traitement des malades. Le pharmacien, les médecins adjoints, les internes, lui seraient directement subordonnés.

A côté du médecin en chef, *mais à un degré hiérarchique sensiblement inférieur*, nous plaçons un administrateur choisi au concours, de préférence parmi les économes et secrétaires de direction (4), chargé de la police générale de l'établissement, de la paperasserie administrative courante, de la surveillance de l'économe, de la préparation du budget économique, de l'entretien du matériel et de l'exécution des résolutions prises, sur son initiative ou sur celle du médecin en chef, par la commission de surveillance; il remplirait, sans se parer du titre abusif de directeur, les fonctions directoriales actuelles, à la réserve des droits d'initiative et de contrôle réservés à l'autorité médicale. Il aurait sous ses ordres l'économe et les divers employés d'administra-

(1) Et non plus élevé d'une manière absolue. Il est juste qu'un vieil administrateur ou un vieil économe soient mieux rétribués qu'un jeune médecin en chef.

(2) La privation de ce droit est une des conditions qui contribuent le plus à humilier la situation du médecin en chef et à exalter la vanité de la gent bureaucratique dans les asiles.

(3) Nous étudierons ailleurs ce budget, dont voici les principaux chapitres : Pharmacie, arsenal chirurgical et laboratoire; bibliothèque scientifique; régime alimentaire des malades; salaires et gratifications des préposés au service médical; bibliothèque des malades; jeux et distractions.

(4) Comme le veut M. Constans, et non à la faveur, comme récompense ou compensation politiques.

©BIUM

tion, dont les attributions resteraient ce qu'elles sont aujourd'hui.

Mais à l'hôpital des aliénés est annexé un domaine rural quelquefois considérable (1), dont les produits, consommés sur place ou vendus, constituent pour l'asile un important revenu et dont l'exploitation exige un temps, une peine et des connaissances techniques que directeur et économe ne sont guère en mesure de lui consacrer (2). Force est donc de faire appel aux services d'hommes du métier et de confier l'exploitation du fonds de l'établissement, soit à un fermier, soit à un employé salarié.

Le fermage ne paraît avantageux que pour les domaines très étendus, dépassant quarante ou cinquante hectares et lorsque l'asile ne peut fournir ni le matériel, ni les bras nécessaires à la culture de si vastes espaces; encore peut-on se demander, avec les auteurs du *Rapport général sur le service des aliénés* en 1874 (3), si les avantages d'un pareil système compensent pour le département les frais d'acquisition de terrains et les aléa qu'il entraîne. L'on devra, en tout cas, réserver autour de l'asile un espace suffisant pour la promenade et le travail des malades (4).

Pour les domaines de moindre étendue, l'asile a, croyons-nous, tout avantage à les cultiver lui-même;

---

(1) La superficie du domaine cultural de vingt-trois asiles, en ne comptant ni les terrains en friche, ni les bois, cours d'eau et étangs, est de 612 hectares : soit, en moyenne, 27 hectares par asile.

(2) Plus de 300 hectares à Ville-Évrard sont affermés.

(3) Il faut confier l'exploitation du domaine, non seulement à un agriculteur, mais encore à un agriculteur au courant de la culture propre à la région. Nous tenons d'un propriétaire fort intelligent de Pierrefeu qu'il faut des années à un cultivateur du Nord pour se rendre maître de la culture en Provence.

(4) Constans, Lunier et Dumesnil. Rapport général à M. le ministre de l'Intérieur sur le service des aliénés en 1874. — Paris Imp. nationale, 1878.

©BIUM

mais au lieu d'en confier l'exploitation à un jardinier quelconque, paysan grossier, ignorant et parfois malhonnête, il serait mieux de demander aux *Écoles nationales d'agriculture* des jeunes gens instruits à qui l'on ferait une situation proportionnée aux services qu'ils seraient capables de rendre. Peut-être même pourrait-on allouer aux chefs de culture, ainsi recrutés, une petite part sur les bénéfices en nature et, par une libéralité bien entendue qui donne de bons résultats dans l'industrie, transformer des employés routiniers et nonchalants en participants intéressés à la prospérité de l'établissement (1).

Il conviendrait aussi, croyons-nous, que l'on recoure au fermage ou à l'exploitation directe, d'adjoindre à la commission de surveillance trois nouveaux membres pris parmi les propriétaires et les agriculteurs notables de la région, qui seraient spécialement chargés de surveiller le fermier ou le chef de culture et de discuter le budget agricole de l'asile. Cette adjonction porterait, il est vrai, à huit le nombre des membres de la commission que l'*Ordonnance du* 18 *décembre* 1879 a fixé à cinq ; mais les ordonnances sont pour être modifiées lorsqu'il est nécessaire (2).

Un organisme bien conçu comporte le nombre exact de pièces nécessaires à son fonctionnement; aussi l'organisation médico-administrative dont nous venons de tracer le schéma pourrait-elle être simplifiée dans les asiles peu importants par leur population et leur territoire. Il serait alors facile de supprimer l'administrateur, en transférant ses fonctions à l'économe, sauf l'ordonnancement, dont on chargerait un membre de la

(1) Nous effleurons ici la grande question économique du travail à l'heure et aux pièces, du salaire fixe et proportionnel, du fonctionnarisme et de l'initiative individuelle.

(2) De Watteville. *Législation charitable*, t. II, 1863.

©BIUM

commission (1), et le chef de culture en se procurant un économe versé dans les questions agricoles (2). Les Écoles nationales d'agriculture, où se font des cours de comptabilité, fourniraient certainement des hommes très aptes à diriger les services économiques d'un asile de moyenne importance.

(1) Tout en laissant à l'économe une provision pour dépenses urgentes, dont il rendrait compte.

(2) Tel que l'économe de l'asile de Saint-Yon, dont une distinction méritée vient de récompenser les travaux et de couronner les succès agricoles.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 28 OCTOBRE 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 :

Une lettre de M. Blaise, membre correspondant, sollicitant le titre de membre titulaire. — Renvoyé à la Commission qui sera nommée ultérieurement.

La correspondance imprimée comprend :

1° *De la paralysie et de la paraplégie alcooliques*, ouvrage en langue russe, par le Dr Korsakoff ;

2° *Le problème de la vie et les fonctions du cervelet ;* par le Dr J. Gouzer ;

3° De la part de M. Clark Bell, de New-York, un volume intitulé : *Medico-legal Papers.* — M. Marcel Briand se charge d'en rendre compte à la Société ;

4° De la part de M. le Dr Oscar Giacchi, les brochures suivantes : *In proposito della riforma penitenziaria. — Calunnia isterica. — Paranoici sconosciuti. — Melanconia spermatica. — Come muoiono molti pazzi. — La responsabilita giuridica nei pazzi. — Perizia orale in causa di eccitamento alla corruzione. — Reati di libidine. Appendice ad una recente perizia medico-legale.* — M. Moreau (de Tours) se charge d'en rendre compte à la Société.

M. Falret fait hommage de son livre intitulé : *Études cliniques sur les maladies mentales et nerveuses.*

M. Pichon dépose sur le bureau un exemplaire de son volume intitulé : *Étude sur le morphinisme.*

©BIUM

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Rota, membre honoraire, et du professeur Leidesdorf, de Vienne, membre associé étranger.

Mort de M. J. Cotard.

M. LE PRÉSIDENT fait part à la Société de la perte douloureuse qu'elle a faite, au mois d'août dernier, dans la personne de M. J. Cotard, son président de 1888.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Cotard, au nom de la Société médico-psychologique. (V. *Annales méd.-psych.*, numéro de septembre 1889, p. 321.)

M. LE PRÉSIDENT donne lecture du discours qu'il a prononcé au nom des amis de notre regretté collègue (*Ibid.*, p. 322) et propose de lever la séance en signe de deuil.

La séance est levée à quatre heures et demie.

CHARPENTIER.

SÉANCE DU 11 NOVEMBRE 1889

Présidence de MM. FALRET et DELASIAUVE.

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

M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société la perte qu'elle vient de faire de deux de ses membres correspondants : M. le Dr Laffitte, médecin honoraire des asiles d'aliénés, et M. le Dr Rousseau, directeur-médecin en chef de l'asile d'Auxerre.

Correspondance.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Ritti, Secrétaire général, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance pour raison de

©BIUM

famille. Dans cette lettre, M. le Secrétaire général informe la Société que M. le sénateur Th. Roussel, membre de l'Académie de médecine, serait honoré d'être nommé membre titulaire de la Société. — Commission : MM. Falret, Charpentier et Ritti, rapporteur.

2° Une lettre de M. Camille Lionet, médecin à Doué-la-Fontaine (Maine-et-Loire), sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Marcel Briand, Moreau (de Tours) et Dupain, rapporteur.

M. MARCEL BRIAND informe la Société que la Commission de surveillance des asiles d'aliénés de la Seine a décidé d'adresser son rapport annuel à la Société médico-psychologique. — Des remerciements seront adressés à M. le président de la Commission de surveillance.

M. LE PRÉSIDENT. — Messieurs, votre Secrétaire général devait vous communiquer aujourd'hui un compte rendu sommaire du Congrès international de médecine mentale ; retenu chez lui, il remet sa lecture à la prochaine séance. Cependant il me prie de soumettre dès maintenant à votre vote les deux conclusions suivantes de son compte rendu :

1° Nommer une Commission chargée de présenter dans une des plus prochaines séances un projet de questionnaire sur les rapports de la syphilis et de la paralysie générale, questionnaire destiné à être envoyé à tous les médecins d'asiles d'aliénés et à toutes les Sociétés de médecine mentale.

2° Décerner, comme il a été fait après le Congrès de 1878, le titre de membre associé étranger de la Société aux membres adhérents étrangers du Congrès qui y ont pris une part active et qui ont exprimé le désir d'être des nôtres. Voici la liste de ces candidats :

MM. CLARK-BELL, de New-York ;
BOURQUE, DUQUET et VALLÉE, du Canada ;
DEKTEREW, KORSAKOFF et TOKARSKY, de Russie ;
LAEHR, de Berlin ;
LAUFENAUER, de Budapest ;
SWEENS, de Hollande ;
SOUZA-LEITE, du Brésil.

M. LE PRÉSIDENT met d'abord aux voix les candida-

©BIUM

tures précédentes, et, à l'unanimité des membres présents, MM. Clark-Bell, Bourque, Duquet, Vallée, Dekterew, Korsakoff, Tokarsky, Laehr, Laufenauer, Sweens et Souza-Leite sont nommés membres associés étrangers de la Société.

Quant à la Commission chargée de présenter un projet de questionnaire sur les rapports de la syphilis et de la paralysie générale, la Société décide que le nombre des membres qui en feront partie sera fixé à cinq, et, sur la proposition de M. Gilbert Ballet, qu'il sera adjoint à la Commission un syphilographe dont le choix est réservé à la Commission.

Les membres de la Commission, nommés au scrutin, sont : MM. Ballet, Bouchereau, Christian, Falret et Rouillard.

M. Dupain rappelle qu'il y a lieu de nommer la Commission, qui, conformément à une décision prise par la Société, sera chargée de présenter la liste des candidats à la place de membre titulaire, actuellement vacante.

Cette Commission, nommée au scrutin, est composée de MM. Bouchereau, Christian, Falret, Magnan et Ritti.

Rapport de candidature.

M. Marandon de Montyel. — M. le Dr Hadjès, de Smyrne, qui sollicite, messieurs, de votre bienveillance le titre de membre associé étranger, n'est pas un spécialiste en aliénation mentale. Appelé à exercer dans un grand centre où son père, le Dr Hadjès-Bey, ex-chirurgien en chef des hôpitaux militaires de Constantinople, médecin en chef des places fortes de l'Archipel et de la province de Smyrne, occupe une brillante situation médicale, notre confrère a dû varier ses études et acquérir des connaissances multiples, mais parmi lesquelles la psychiatrie, objet d'une prédilection spéciale, figure au premier rang. Ainsi s'explique la diversité des travaux envoyés par le candidat à l'appui de sa demande. En effet, à côté de remarquables recherches expérimentales, en commun avec le Dr Mossé, sur l'action du salol chez le chien, chez l'homme sain et chez l'homme malade, nous relevons une savante thèse de doctorat sur la généralisation des épithéliomas

©BIUM

mucoïdes kystiques de l'ovaire et un mémoire intéressant, en collaboration avec son chef de service, le Dr Boubila, sur l'action thérapeutique du méthylal chez les aliénés.

Ce dernier travail, qui rentre tout à fait dans le cadre de la Société médico-psychologique, a pour base trente-six observations minutieusement prises à l'asile de Marseille. M. Hadjès en conclut tout d'abord que le méthylal est un hypnotique puissant, appelé à remplacer avantageusement les agents somnifères usuels dans la période dépressive de la folie à double forme, les folies intermittentes et épileptiques, les démences dites organiques, enfin dans la paralysie générale, quoique ici son action soit plus contestable ; il en conclut ensuite que la solubilité de ce nouveau médicament, la facilité avec laquelle on le manie, sa saveur douce et agréable, son innocuité vis-à-vis de l'organisme, toutes réserves faites sur son prix très élevé, lui donnent une réelle supériorité sur le chloral, l'uréthane et les préparations opiacées. En ce qui me concerne, messieurs, j'ai expérimenté en grand le méthylal dans mon service, et je publierai sous peu les résultats obtenus ; ils ne sont pas aussi encourageants que ceux de M. Hadjès. Le méthylal offre ce grave inconvénient, dans une maladie comme la folie, qui nécessite, par sa durée dans les cas mêmes les plus favorables, des hypnotiques à longue portée, d'épuiser vite son action et de rester sans effets, en dépit de toute augmentation de dose, après un laps de temps très court, parfois après trois ou quatre jours. Quoi qu'il en soit, le mémoire de M. Hadjès n'en reste pas moins, par les faits nombreux qu'il contient, un document très instructif.

M. Hadjès, messieurs, a fait chez nous toutes ses études médicales. Il a été reçu docteur en médecine, à Paris, après avoir suivi durant plusieurs années les cours de la Faculté de Montpellier et avoir été attaché en qualité d'interne à l'asile des aliénés de Marseille. C'est là que j'ai eu la bonne fortune de l'avoir pour collaborateur. Au cours de cette collaboration, j'ai pu apprécier non seulement ses connaissances solides et variées, dont témoignent hautement les travaux que je viens de vous rappeler, mais encore tout ce qu'il y avait

©BIUM

en lui de bonté et de dévouement pour ses malades. La fièvre typhoïde et l'érysipèle sévissaient alors dans mon service, car il est rare, dans cette bonne ville de Marseille, que l'on ne soit pas sous le coup d'une ou de plusieurs épidémies, et mon jeune interne se multipliait, ne ménageant ni son temps ni sa peine.

Aussi, messieurs, en accueillant favorablement la demande de M. Hadjès que justifient pleinement d'ailleurs les titres scientifiques du candidat, nous nous attacherons un membre associé instruit et actif, tout en nous acquittant vis-à-vis de ce confrère étranger d'une dette de reconnaissance pour les services qu'il a rendus à nos aliénés indigents durant son séjour en France.

Ces conclusions sont adoptées, et M. Hadjès est, à l'unanimité des membres présents, nommé membre associé étranger.

De la mélancolie et de ses diverses variétés.

M. FALRET. — Messieurs, le terme de mélancolie, emprunté aux anciens, très étendu par Pinel, plus restreint par Esquirol, a pris de nos jours une signification de plus en plus vague. Cela tient, non à ce que les faits observés ont changé, mais bien à leur interprétation et à leur classement différents. Comme je l'ai déjà dit, la façade de l'édifice seule a été conservée, tandis que l'intérieur a subi les bouleversements les plus complets.

Tout d'abord ont été détachés de la mélancolie les états mélancoliques liés à la paralysie générale. Commencée déjà par Bayle, qui en avait rapporté un premier exemple, cette étude fut surtout continuée par M. Baillarger, dans sa description du délire hypocondriaque, au début et dans le cours de la paralysie générale.

Puis on a séparé de la mélancolie une forme de délire alcoolique qui a fait l'objet d'un travail important de Lasègue, sous le nom de délire alcoolique subaigu, travail qui eût été plus exactement apprécié si l'auteur lui avait donné le sous-titre de lypémanie alcoolique.

Sous ce nom, on comprend les formes intermédiaires entre le delirium tremens et l'alcoolisme chronique, états délirants de durée variable, se prolongeant parfois plu-

©BIUM

sieurs mois et prêtant souvent à la confusion avec le délire de persécution.

D'un autre côté, on a détaché de la mélancolie les périodes mélancoliques de la folie circulaire, ou de la folie à double forme, grâce aux travaux de mon père et de M. Baillarger, qui les ont décrites séparément.

L'attention s'est concentrée ensuite sur les formes mélancoliques propres à un âge avancé, avec troubles intellectuels spéciaux, dépression, idées tristes de persécution ou de ruine, et accompagnées d'accidents cérébraux physiques : ictus passagers, paralysies, étourdissements, qui ont fait rattacher ces formes plutôt au ramollissement et à l'apoplexie qu'à la mélancolie proprement dite.

Joignons-y les états mélancoliques hystériques, épileptiques et toxiques, qui ne doivent pas être confondus non plus avec la mélancolie essentielle.

Il convient également d'isoler de la mélancolie le délire de persécution, si bien décrit par Lasègue, et qui s'en distingue par sa marche et par ses périodes, comme forme spéciale, malgré les dénominations différentes qui lui ont été données, et qui sont tirées du mode de succession de ses périodes, de l'apparition des idées de grandeur ou du développement de la démence.

Il semblerait qu'après de pareilles éliminations, le cadre de la mélancolie devrait être bien réduit. Il n'en reste pas moins très vaste encore, et, dans la mélancolie proprement dite, je propose de distinguer les trois groupes principaux suivants :

1° *La mélancolie avec conscience*, ou mélancolie sans délire. Les malades conservent une grande lucidité; ils constatent les changements survenus dans leur humeur, dans leurs dispositions, dans leur sensibilité. Ce sont des hypocondriaques au moral, analogues aux hypocondriaques physiques.

Cette forme est généralement intermittente ; elle procède par accès, avec rémissions parfois prolongées.

2° *La mélancolie dépressive*, arrivant jusqu'à la stupeur et à la stupidité. Ce sont les travaux de Baillarger, puis de Delasiauve, qui ont été le point de départ de son étude. M. Delasiauve a surtout bien fait ressortir les différences cliniques et anatomiques entre la stupeur et la stupidité. Cette mélancolie débute par la dépression, arrive peu à

©BIUM

peu à l'excitation maniaque, puis à la stupeur persistante et est souvent suivie de guérison.

3° *La mélancolie anxieuse*, qui avait été entrevue par Esquirol, lorsqu'il divisait ses mélancoliques en passifs ou inertes et en actifs ou gémisseurs plaintifs, en état de mouvement automatique incessant. C'est cette forme qui correspond aux gémisseurs décrits par Morel et Guislain. Les gémissements existent surtout au début de la mélancolie anxieuse. Ces malades ont un besoin continuel de marcher, de se plaindre, de sangloter, de répéter les mêmes questions et les mêmes mots, avec la monotonie la plus désespérante. Ils ont des conceptions délirantes de ruine, de damnation, des craintes imaginaires, et ils paraissent avoir des idées de persécution, ce qui fait que souvent on s'y trompe; mais la distinction est des plus nettes entre la mélancolie anxieuse et le délire de persécution. Des phénomènes généraux très distincts différencient ces deux délires. Les trois caractères de tristesse, de crainte et de défiance, si bien constatés par Esquirol chez les mélancoliques, forment la base de ces trois formes mélancoliques. La tristesse est la base de la mélancolie dépressive, la crainte celle de la mélancolie anxieuse, et la défiance celle du délire de persécution.

Les persécutés dirigent toujours leurs accusations sur le monde extérieur : choses, hommes ou influences mystérieuses.

Les mélancoliques anxieux portent, au contraire, leurs accusations sur eux-mêmes. Ce sont eux qui ont commis les crimes imaginaires, tandis que les persécutés accusent les autres.

Les persécutés ont toute leur attention fixée sur le passé ou sur le présent, sur le fait injuste qui a été commis ou qui vient d'être commis sur eux. Les mélancoliques anxieux sont, au contraire, comme le disait Lasègue, des appréhensifs. Ils ont le regard constamment tourné vers l'avenir. Le passé, le présent, leur importent peu; l'avenir, avec ses craintes, tout est là pour eux.

Si la mélancolie anxieuse a été assez bien étudiée dans ses symptômes, sa marche a jusqu'ici peu fixé l'attention. Certains mélancoliques anxieux guérissent; d'autres passent à l'état chronique, et il est souvent

©BIUM

difficile de déterminer si un malade guérira ou non.

Mon élève et ami, le Dr Cotard, a très bien étudié le délire de négation et d'énormité et la transformation de la personnalité, comme période chronique de la mélancolie anxieuse. Cette étude a été une découverte importante pour la marche de ce délire, qui, après avoir porté sur des choses possibles, lorsqu'il doit devenir chronique, passe en quelque sorte le Rubicon de la raison et arrive à des craintes chimériques et impossibles. Ces malades en viennent à se croire morts, décomposés, divisés en parcelles, dédoublés, transformés. C'est là un signe de chronicité que l'on doit cliniquement comparer au délire de grandeur consécutif au délire de persécution:

Avant Cotard, ces transformations avaient été notées, mais c'est lui qui en a donné la juste interprétation clinique.

Quand, dans ses plaintes anxieuses, le malade passe du vraisemblable ou du possible à l'absurde, la mélancolie anxieuse guérit très rarement.

Je veux ajouter encore quelques mots à propos de la mélancolie intermittente ou périodique.

Cette forme se présente par accès. Ceux-ci peuvent être nombreux, mais parfois ils sont très rares. Il est des femmes qui ont eu dans leur vie trois accès, à la puberté, après une grossesse et à la ménopause.

Ces accès, quel qu'en soit le nombre, ont toujours les mêmes caractères : le début est brusque et rapide ; ils ont la même durée, souvent la même forme et la même intensité; ils guérissent, comme ils débutent, brusquement.

Chose importante, la guérison est franche et complète. Les malades, ce qui est rare dans les autres formes de folie, n'en rougissent pas; ils n'ont pas honte d'en parler; ils reviennent très volontiers voir le médecin après leur guérison. D'ailleurs, on retrouve ces mêmes caractères dans les manies intermittentes.

Mon but, messieurs, en vous retraçant à grands traits les états morbides qu'on a successivement éliminés de la mélancolie et les formes de la mélancolie essentielle, a été de bien établir le vague de la signification de ce que nous appelons aujourd'hui mélancolie et de provoquer dans le sein de la Société, soit des obser-

©BIUM

vations nouvelles de mélancolie, soit des opinions différentes sur ces formes variées.

M. BRIAND demande à M. Falret dans quelle forme il range la mélancolie puerpérale.

M. FALRET. — Je crois, et Marcé l'a autrefois établi, que la puerpéralité n'est qu'une condition de causalité pour la mélancolie. Ce qui le prouve, c'est, d'une part, le fait de femmes qui, devenues folles après un premier accouchement, n'ont pas eu de nouveaux accès dans leurs autres couches, et aussi celui de femmes qui, devenues mélancoliques après une première couche, ont eu d'autres accès de mélancolie dans d'autres occasions. En général, la puerpéralité s'ajoute à des éléments héréditaires.

M. ROUILLARD s'inscrit pour la prochaine séance.

La séance est levée à six heures.

CHARPENTIER.

SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 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° Une lettre de M. Arnaud, membre correspondant, demandant à changer son titre contre celui de membre titulaire. — Renvoyé à la Commission nommée à la dernière séance.

2° Une lettre de M. Marandon de Montyel demandant de faire un rapport sur le livre de M. Pichon sur la morphinomanie, pour que cette question soit mise à l'ordre du jour des séances de la Société. Comme il est contraire au règlement de faire un rapport sur les travaux publiés par les membres titulaires de la Société, M. Marandon de Montyel est prié de commencer la dis-

©BIUM

cussion sur la morphinomanie par une communication sur la question.

La correspondance imprimée se compose des ouvrages suivants :

1° *La chorée chronique*, par le Dr Huet. Envoi pour le prix Moreau (de Tours).

2° *Les aliénés en 1789 et 1889*, par le Dr E. Régis.

3° *Rapport médico-administratif sur l'asile de Marseille. — Exercice 1888.*

4° De M. le Dr Bianchi : *La pneumonie chez les paralytiques généraux et les lésions du nerf vague; Valeur sémiologique du tremblement dans la paralysie générale; Les horizons de la psychiatrie.*

M. Rouillard présente des thermomètres très petits qu'il a fait construire par Alvergnat, afin de pouvoir prendre la température rectale chez les aliénés en enfonçant tout entier le thermomètre dans le rectum au-dessus du sphincter, comme un suppositoire. Ce thermomètre se termine par un anneau où on passe une ficelle terminée par un morceau de bois qui reste au dehors et permet de le retirer facilement. Ce thermomètre n'a que 5 centimètres de longueur. Il faut un thermomètre spécial pour les températures basses, allant entre 32° et 38°, un autre pour les températures élevées allant de 36° à 47°. La petitesse de la tige ne permettait pas de faire une échelle allant de 32° à 45°.

Compte rendu du Congrès international de médecine mentale.

M. Ritti. — Messieurs, mon premier devoir, à la reprise de nos travaux, est de vous rendre compte, — ne fût-ce que sommairement, — des travaux du Congrès international de médecine mentale, dont nous avons pris l'initiative et qui s'est tenu, du 5 au 10 août dernier, dans le grand amphithéâtre du Collège de France. Avant d'entrer en matière, permettez-moi d'exprimer nos remerciements à nos confrères de la province et de l'étranger pour l'empressement avec lequel ils ont répondu à notre appel; le nombre des adhésions a dépassé notre attente. Mais nous avons aussi

©BIUM

le droit d'être fiers et le devoir d'être reconnaissants du concours moral et matériel qu'ont bien voulu nous donner les administrations publiques, les corps élus de la ville de Paris et du département de la Seine; en nous facilitant notre tâche, en nous comblant de leurs marques de sympathie, ils ont fait de ce Congrès scientifique une véritable fête de famille.

Notre première réunion a eu lieu le lundi 5 août, à trois heures. Aussitôt le bureau constitué, le président, M. Falret, désigné entre tous et par son caractère élevé et par sa science profonde, a dignement commencé nos travaux par un discours où il a marqué les étapes successives parcourues par la médecine mentale depuis Pinel et Esquirol, et indiqué la voie à suivre pour éviter certains écueils et marcher sûrement vers de nouveaux progrès. Les nombreux applaudissements qui ont fréquemment interrompu sa parole ont prouvé à l'orateur que l'auditoire était en complète communion d'idées avec lui.

Un tel début était d'un excellent augure pour les travaux du Congrès. Le programme était vaste d'ailleurs, mais aussi très varié. Pour le parcourir complètement, neuf séances ont à peine suffi; je serai plus bref et, afin d'éviter les redites, je grouperai les nombreuses communications et discussions par ordre de matières.

Une question qui, pour beaucoup d'aliénistes, prime toutes les autres, est celle d'une bonne classification des maladies mentales. Vous l'avez discutée, cette année même, dans de nombreuses séances, mais sans aboutir à un accord. La Société de médecine mentale de Belgique, par l'organe autorisé de son zélé secrétaire, M. Morel (de Gand), est venue apporter au Congrès un projet de classement, qui répond aux besoins d'une bonne statistique internationale. Ce projet, après une courte discussion, a été adopté à la presque unanimité des membres présents.

Comme j'ai déjà eu l'occasion de le dire, il est à désirer que les adhérents au Congrès donnent eux-mêmes une sanction à ce vote, en se servant du classement adopté pour l'établissement des tableaux statistiques de leurs rapports annuels.

©BIUM

La caractéristique du Congrès de 1889 est la prédominance des communications purement scientifiques. La pathologie générale, la pathologie spéciale et la thérapeutique des maladies mentales ont occupé la majorité des séances. En tête des sujets traités, se place la question arrêtée par le comité d'organisation et approuvée par la Société : « Les obsessions avec conscience (intellectuelles, émotives et instinctives). » M. Falret, qui s'est chargé du rapport, s'est acquitté de sa tâche avec la compétence que nous lui reconnaissons tous, mais aussi avec une précision et une netteté remarquables. Il a condensé son travail dans les conclusions suivantes, qui ont été adoptées sans grandes modifications :

« Les diverses variétés d'obsessions intellectuelles, émotives et instinctives, ont des caractères communs que l'on peut résumer ainsi :

1° Elles sont toutes accompagnées de la conscience de l'état de maladie ;

2° Elles sont toutes héréditaires;

3° Elles sont essentiellement rémittentes, périodiques et intermittentes;

4° Elles ne restent pas isolées dans l'esprit, à l'état monomaniaque, mais elles se propagent à une sphère plus étendue de l'intelligence et du moral, et sont toujours accompagnées d'angoisse et d'anxiété, de lutte intérieure, d'hésitation dans la pensée et dans les actes, et de symptômes physiques de nature émotive, plus ou moins prononcés;

5° Elles ne présentent jamais d'hallucinations;

6° Elles conservent leurs mêmes caractères psychiques pendant toute la vie des individus qui en sont atteints, malgré des alternatives fréquentes et souvent très prolongées de paroxysmes et de rémissions, et ne se transforment pas en d'autres espèces de maladies mentales;

7° Elles n'aboutissent jamais à la démence;

8° Dans quelques cas rares, elles peuvent se compliquer de délire de persécution ou de délire mélancolique anxieux, à une période avancée de la maladie, tout en conservant toujours leurs caractères primitifs. »

Cette question des obsessions pathologiques a été le sujet d'un important mémoire de M. Camuset, qui relate les intéressantes observations de deux dégénérés

©BIUM

héréditaires présentant des impulsions conscientes à des actes de violence vis-à-vis d'eux-mêmes.

Nos connaissances sur la pathogénie des conceptions délirantes sont encore bien incomplètes. Il y a là matière à recherches nouvelles qui devaient tenter un esprit aussi original que notre regretté collègue Cotard. Il a communiqué au Congrès le résultat de ses méditations, et ce mémoire sur l'*origine psycho-motrice du délire*, dernière œuvre de cette intelligence remarquable, a été très vivement goûté. Il a soulevé une discussion, à laquelle ont pris part successivement MM. Paul Garnier, Ritti, Doutrebente, Soutzo (de Bucharest), Gilbert Ballet et Charpentier. Cotard, n'ayant pu assister à la séance où a été lu son travail, n'a pu répondre aux objections qui lui ont été faites. Nous ne savons donc exactement ce qu'il aurait répondu à ses contradicteurs; mais ce qui ne nous semble pas douteux, c'est qu'il aurait insisté sur ce point : qu'il a voulu étudier surtout la genèse du délire ; mais que ce délire une fois créé n'en persiste pas moins après la cessation de la cause qui l'a produit : telle une image qui reste imprimée dans le cerveau et continue à se reproduire même après la disparition de son objet; telle encore l'idée délirante provoquée par une hallucination quelconque et qui continue d'évoluer, alors même que la cause productrice a cessé d'agir. Dans tous ces cas de psychologie normale ou morbide, on ne saurait appliquer l'adage si connu : *sublatâ causâ, tollitur effectus.*

De la communication de Cotard, on peut rapprocher le travail lu par M. J. Séglas: *Note sur le dédoublement de la personnalité et les hallucinations verbales psycho-motrices*, dans lequel, se fondant sur deux observations, notre savant collègue s'applique à démontrer que l'hallucination psychique est avant tout un trouble fonctionnel des centres moteurs de la fonction du langage, et qu'elle tient à la fois de l'hallucination sensorielle et de l'impulsion, quoique se rapprochant surtout de cette dernière. L'élément moteur que l'hallucination psychique renferme doit être considéré, d'après M. Séglas, comme une cause puissante de dédoublement de la personnalité.

Après ces travaux d'un si vif intérêt théorique,

©BIUM

viennent ceux qui se font remarquer surtout par leur caractère clinique. C'est d'abord un mémoire de M. Korsakoff, de Moscou, *sur une forme particulière de la maladie mentale combinée avec la névrite multiple dégénérative*. Cette forme particulière de maladie mentale consiste surtout dans le trouble de l'association des idées, dans la confusion de la conscience et surtout dans une amnésie caractérisée le plus souvent par l'oubli des faits tout récents, tandis que la mémoire des faits les plus anciens est en partie conservée. C'est ensuite un travail *sur le diagnostic différentiel de la lypémanie hypocondriaque et de la paralysie générale*, dans lequel M. Régis confirme, à l'aide de faits cliniques nouveaux, l'idée déjà émise par Cotard, que le délire hypocondriaque à caractère spécial de la paralysie générale peut se rencontrer sous la même forme dans la mélancolie anxieuse. Il se présente nécessairement alors une question de diagnostic, parfois assez délicate, que notre collègue a essayé de résoudre. Ce sont, enfin, les communications de M. Bettencourt Rodrigues (de Lisbonne) et de M. Saury. Le premier de ces confrères nous a entretenus de l'*influence des phénomènes d'autointoxication et de la dilatation de l'estomac dans l'étiologie des formes dépressives ou mélancoliques ;* il rattache ainsi certains troubles mentaux aux désordres gastriques, c'est-à-dire à la résorption des produits toxiques élaborés dans le canal intestinal. Le mémoire de M. Saury a pour titre : *Les folies multiples*. Notre savant collègue nous a apporté une nouvelle et importante contribution à l'étude de la coexistence de plusieurs délires, que Lasègue a, le premier, signalée et qui, dans ces derniers temps, a été l'objet de nombreux travaux de la part de MM. Magnan, Paul Garnier, Dericq, Pichon, etc.

L'hypnotisme, qui avait son Congrès spécial, a su trouver ses entrées chez nous. Nous ne saurions nous en plaindre, puisque nous avons eu le plaisir d'entendre des communications telles que celle de M. Jules Voisin, intitulée : *Fugues inconscientes chez les hystériques. Automatisme ambulatoire ; diagnostic différentiel entre ces fugues et les fugues épileptiques ;* — de M. Ladame (de Genève), sur une observation d'*inversion sexuelle chez*

©BIUM

un dégénéré, traitée avantageusement par la suggestion hypnotique; — de M. Tissié (de Bordeaux), sur *un cas d'obsession intellectuelle et émotive, guéri par la suggestion renforcée par le parfum du corylopsis, l'isolement et les douches*, et enfin, du même auteur, un second mémoire qui a pour titre : *De la captivation; création des zones idéogènes.*

Ces différents travaux, et particulièrement celui de M. Ladame, ont soulevé d'intéressantes discussions auxquelles ont pris part MM. Benedickt (de Vienne), Dekterew (de Saint-Pétersbourg), Marcel Briand, etc. Cette joûte, si brillante en même temps que très courtoise, a prouvé une fois de plus que l'accord n'était pas près de se faire sur l'efficacité thérapeutique de l'hypnotisme, qu'il soit appliqué à des phénomènes purement nerveux ou à des troubles intellectuels et moraux.

Plus importantes au point de vue du traitement de la folie nous paraissent être les recherches consignées dans le travail lu par M. Lemoine (de Lille), en son nom et au nom de M. Malfilâtre, sur l'*hyoscine comme hypnotique*. Certes, tout n'a pas été dit sur l'efficacité de ce médicament et surtout sur ses indications; mais il n'est pas sans intérêt de voir les recherches de nos deux savants confrères venir confirmer celles de Erb, de Salgò et de M. Magnan.

Si l'on s'en rapportait à ce qui se passe dans notre Société, on pourrait croire que la paralysie générale rentre dans la catégorie des questions épuisées. Depuis de nombreuses années, en effet, elle n'a plus reparu à notre ordre du jour. Des grandes luttes qu'elle a soulevées autrefois dans cette enceinte, il ne reste qu'un faible écho, et cependant que de problèmes, non encore résolus et qui mériteraient une profonde discussion, soulève cette maladie qui occupe une place à part dans le cadre nosologique des maladies mentales! Les communications dont elle a été le sujet, au Congrès, nous prouvent d'ailleurs que l'accord est loin d'être fait non seulement sur la théorie de cette affection, mais aussi et surtout sur son étiologie.

M. Daniel Brunet, qui considère avec raison la paralysie générale comme une espèce morbide distincte, est venu défendre cette opinion en se basant sur l'anatomie

©BIUM

pathologique. Sa thèse n'a pas trouvé de contradicteurs ; il n'en a pas été de même de ses idées sur le traitement de cette redoutable affection. Plusieurs membres, entre autres M. le professeur Ball, ont cru devoir faire des réserves sur les doses de bromure de potassium, portées parfois jusqu'à 40 grammes, que notre collègue d'Évreux fait prendre à ses paralytiques généraux.

Les troubles de la vision ne sont pas rares chez ces malades. M. Ladame (de Genève) a augmenté leur étude d'un paragraphe intéressant, celui de l'érythropsie ou vue rouge. Ce qui est moins rare encore, ce sont les tendances érotiques, soit dans la période prodromique, soit au début de cette affection. M. A. Laurent (de Rouen) nous en a communiqué un exemple qui a son importance, surtout au point de vue médico-légal.

Ce sont les mémoires sur l'étiologie de la paralysie générale qui ont surtout provoqué des discussions, où se sont fait jour des divergences de vue parfois très profondes.

M. Georges Lemoine nous a présenté ses vues sur l'arthritisme comme facteur étiologique de la paralysie générale. C'est là un aperçu nouveau qui mérite d'être creusé plus à fond ; il n'en a pas moins été très favorablement accueilli, ainsi que le prouve la discussion qu'il a suscitée, et à laquelle ont pris part MM. Charpentier, Doutrebente, Laurent, Legrain, Pierret et Régis.

Une des causes de la péri-encéphalite, celle même que certains auteurs considèrent comme pathognomonique, est l'alcoolisme. M. Paul Garnier, dans ses curieuses recherches statistiques sur l'aliénation mentale à Paris, a trouvé que la folie alcoolique et la paralysie générale présentent un accroissement simultané, et que leur progression si rapide est nettement corrélative. Notre distingué secrétaire en conclut que, dans la solidarité de leur marche envahissante, paraît clairement se traduire l'influence étiologique de l'alcoolisme sur le développement de l'encéphalite interstitielle chronique.

Cette conclusion ne pouvait manquer de soulever un débat. Vivement critiquée par MM. Ball, Doutrebente et Régis, elle a été non moins vivement défendue par MM. Semal et Paul Garnier. Si la lumière n'est pas faite encore sur ce point obscur de notre science, nous

©BIUM

devons reconnaître que du moins, grâce à cette discussion si serrée, tous les arguments pour et contre ont été produits, et qu'on devra en tenir compte dans les recherches ultérieures.

La question de l'étiologie de la paralysie générale est aussi le sujet d'une note de M. Ramadier, dans laquelle se trouvent condensés les résultats statistiques relevés à l'asile de Vaucluse, dont notre confrère est un des médecins adjoints. Mais elle devait se présenter, plus nette et plus précise, à propos du mémoire de M. Christian, sur la syphilis et la paralysie générale. Vous connaissez de longue date les opinions de notre savant collègue sur les rapports de ces deux affections ; elles ont été développées par lui à plusieurs reprises, et le temps ainsi que l'expérience semblent avoir augmenté ses convictions. Pour lui, l'action de la syphilis est nulle dans la production de la paralysie générale.

Cette affirmation si nette en provoque aussitôt une autre, absolument opposée, mais non moins nette : c'est que la vérole joue un très grand rôle dans la genèse de la paralysie générale. M. Régis s'est fait, au Congrès, le champion de cette opinion. Entre ces deux extrêmes peut se placer la thèse développée par M. Mabille dans sa *note sur les méningo-encéphalites secondaires dans la syphilis du cerveau*.

En présence de ces opinions si diverses, en même temps que si divergentes, que faut-il conclure? Que la question n'est pas mûre et que les documents sont insuffisants? C'est bien l'opinion à laquelle s'est rangé M. Gilbert Ballet, puisqu'il a proposé une enquête internationale sur les causes de la paralysie générale. Cette proposition a été adoptée à l'unanimité, et c'est à vous, messieurs, qu'il appartient de provoquer cette enquête, d'en réunir les éléments et de tirer les conclusions des documents que vous aurez pu réunir.

Nous en aurons fini avec les questions de pathologie, lorsque nous aurons signalé le travail de M. Mabille sur la *sclérose du poumon* chez les épileptiques, et les deux mémoires avec pièces anatomiques, photographies et malades à l'appui, que M. Bourneville vous a communiqués, l'un sur la *microcéphalie*, en collaboration avec

©BIUM

M. Camescasse, l'autre sur la *porencéphalie*, en collaboration avec M. Sollier.

Les sujets relatifs à la médecine légale qui ont été traités au Congrès, pour être moins nombreux que ceux concernant la pathologie, ont cependant présenté un intérêt des plus vifs, et surtout des plus actuels. La question du programme appelait l'étude « de la responsabilité des alcoolisés ». C'est notre savant collègue, M. Motet, qui s'était chargé du rapport; il s'est adjoint la collaboration de M. Vétault. Leur travail, excellent résumé de la question, n'a soulevé qu'une seule objection, faite, je crois, par M. Semal, c'est qu'il méritait d'être résumé sous forme de vœu à soumettre au Congrès. M. Motet avait prévu l'objection, en formulant lui-même la substance du rapport ainsi qu'il suit :

« Le Congrès, en présence du danger dont l'alcoolisme menace la société, la famille, l'individu;

« Reconnaissant qu'il y a lieu d'établir des distinctions entre l'ivresse simple, l'ivresse pathologique et ses variétés, et l'alcoolisme chronique;

« Émet le vœu :

« Que, dans un intérêt de défense sociale, des mesures judiciaires, d'une part, des mesures administratives durables, d'autre part, soient prises contre les alcoolisés suivant la catégorie à laquelle ils appartiennent;

« Que les pouvoirs législatifs donnent une sanction aux travaux de Claude (des Vosges), de MM. Th. Roussel et Léon Say;

« Qu'il soit pourvu, par la création d'un ou de plusieurs établissements spéciaux, à l'internement des ivrognes d'habitude, des alcoolisés ayant commis des crimes ou des délits, et ayant bénéficié d'une ordonnance de non-lieu en raison de leur état mental; que la durée de leur internement soit déterminée par les tribunaux après enquête médico-légale; que la sortie, même à l'expiration du temps fixé, puisse être ajournée si l'alcoolisé est reconnu légitimement suspect de rechute. Les alcoolisés chroniques, non dangereux, pourront être maintenus dans les asiles d'aliénés;

« Que ces établissements, ayant le caractère de maison de traitement et non de maison de répression, soient

©BIUM

organisés avec une discipline sévère, que le travail y soit imposé ;

« Que les statistiques judiciaires et administratives soient dressées de manière à faire ressortir les résultats de ces mesures. »

Je ne sais ce qui adviendra de ce vœu, qui a été voté à l'unanimité ; mais, en présence des rapides progrès de l'alcoolisme, confirmés encore par les communications de MM. Legrain et Taguet, nous devons souhaiter que les pouvoirs publics s'empressent de le réaliser ; ils appliqueraient à un mal qui nous menace dans nos sources vives un remède qui, sans le guérir radicalement, arriverait à l'enrayer. Mais nous craignons vivement que ce vœu ne subisse le même sort que celui émis par le Congrès de 1878 sur les asiles d'aliénés criminels. C'est une raison de plus, croyons-nous, de manifester hautement nos opinions sur ces importantes questions sociales et sur les remèdes à leur appliquer. Aussi le Congrès de 1889 a-t-il eu raison de renouveler, sur la proposition de M. Rouillard, le vœu adopté en 1878 sur la nécessité de la création de quartiers ou d'asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels.

A la médecine légale se rapportent encore deux mémoires importants qui nous ont été communiqués par deux collègues des États-Unis. M. Crothers vous a parlé de l'*automatisme alcoolique dans les cas criminels;* et M. Clark Bell, de la *monomanie.* Ce dernier travail nous apprend que, dans le nouveau monde comme dans l'ancien, la doctrine de la monomanie a fait son temps et qu'elle n'a plus aucune chance de succès ni dans la science proprement dite, ni dans les applications médico-légales.

C'est le moment, croyons-nous, de parler du remarquable mémoire de M. Semal (de Mons), sur les *folies pénitentiaires.* Notre savant confrère a fait de cette question une étude spéciale, et, certes, il a toute compétence pour la traiter. Je n'excéderai pas l'éloge en disant que vous serez heureux de relire dans les actes du Congrès ce travail d'une si grande importance clinique et sociale. Sur la proposition de son auteur, le Congrès, reconnaissant l'intérêt scientifique qui s'attache à la question de l'aliénation des détenus, a émis le

©BIUM

vœu qu'une enquête fût officiellement instituée à cet effet, et que les résultats en fissent l'objet d'une publication spéciale.

En élargissant ce vœu, on arrive, en quelque sorte, à la nécessité de la création d'une clinique de la criminalité. Et de fait, n'est-ce pas en faisant sur les criminels des études analogues à celles que nous faisons journellement sur les aliénés qu'on pourra résoudre les problèmes soulevés par l'anthropologie criminelle?

La question de législation du programme était ainsi conçue : « Législation comparée sur le placement des aliénés dans les établissements spéciaux, publics et privés. » Le rapport sur cette question fait par notre éminent collègue, M. le professeur Ball, en collaboration avec son chef de clinique, M. Rouillard, comprend deux parties : la première est une critique, aussi fine que serrée, de toutes les attaques dirigées contre la loi du 30 juin 1838 et contre les médecins aliénistes; la seconde passe en revue les législations des différents pays sur le placement des aliénés. Nous ne pouvions trouver un défenseur plus autorisé que M. Ball des intérêts de nos malades et par suite des nôtres. Les réformateurs à outrance de la législation sur les aliénés ne semblent pas se rendre compte qu'en diminuant l'autorité du médecin aliéniste, en créant pour lui, ou plutôt contre lui, une sorte de loi des suspects, ils portent atteinte à la juste et salutaire influence qu'il doit avoir sur ses malades.

La lecture si attachante du rapport de MM. Ball et Rouillard a été suivie d'un remarquable débat. M. Barbier, premier Président à la Cour de cassation, avec cet esprit si net et si sûr, avec cette connaissance si approfondie de droit, qui le caractérisent, a vivement protesté contre certaines dispositions de la nouvelle loi sur les aliénés; il repousse spécialement toute immixtion directe de la magistrature dans les placements des aliénés. « C'est là un triste cadeau à lui faire, » a-t-il ajouté, et nous l'en croyons sans peine. Cette appréciation si juste en même temps que si précise du premier magistrat du pays aura, nous l'espérons du moins, un grand retentissement; elle dépassera l'enceinte du Congrès et arrivera à qui de droit.

©BIUM

M. Falret, dans une rapide improvisation, a clairement indiqué les points sur lesquels la loi sur les aliénés, votée récemment par le Sénat, diffère de celle de 1838. Dès la première séance du Congrès, notre éminent confrère, M. le sénateur Th. Roussel, vous avait entretenus de ces modifications. M. Bourneville, rapporteur de la loi à la Chambre des députés, est venu à son tour nous faire connaître l'esprit dans lequel avait travaillé la commission parlementaire dont il faisait partie.

Mais la discussion n'était pas épuisée. Nos collègues étrangers ont voulu vous apporter les résultats de leur expérience, en vous faisant connaître les législations sur les aliénés de leurs pays respectifs et les critiques qu'elles peuvent susciter. C'est ainsi que vous avez entendu successivement MM. Bourque et Duguet, du Canada, Vassitch, de la Serbie, Soutzo, de la Roumanie. Ce dernier, considérant que le Congrès avait un caractère international, a demandé l'adoption du vœu « que chaque État soit doté d'une loi spéciale destinée à sauvegarder les intérêts des aliénés, à prévenir les séquestrations illégales, et à soumettre ces malades à un traitement scientifique et rationnel ». Satisfaction a été donnée à notre distingué collègue.

Messieurs, la course que j'ai parcourue est déjà longue, et cependant je n'ai pas complètement épuisé le programme des séances du Congrès. Nous n'y avions inscrit d'office aucune question relative à l'assistance publique des aliénés; nous comptions, pour combler cette lacune, sur la sollicitude toujours en éveil de nos confrères pour tout ce qui concerne l'amélioration du sort de ces infortunés. Il appartenait à MM. Baume et Taguet, très autorisés en ces matières par une longue expérience, de nous entretenir du patronage des aliénés et des annexes agricoles aux asiles de traitement. Ils vous ont communiqué des mémoires très étudiés où tout est prévu et discuté, les principes et la mise en pratique. Le Congrès n'a pas voulu suivre nos savants collègues sur le terrain des moyens d'application, mais il leur a accordé satisfaction sur les principes, en émettant le vœu qu'il soit donné plus d'extension aux sociétés de patronage des aliénés sortis des asiles, ainsi qu'aux annexes agricoles des asiles de traitement.

©BIUM

Une surprise nous était réservée. Pour nous prouver en quelle haute sympathie l'administration supérieure avait votre œuvre, si utile à tous égards, M. Monod, directeur de l'hygiène et de l'assistance publique au ministère de l'Intérieur, est venu nous apporter son concours, sa collaboration. Il vous a communiqué les résultats de l'inspection qu'il a fait faire, dans certains hôpitaux et hospices des départements, sur l'état des loges de passage, où sont enfermés les aliénés avant leur transfèrement dans les hospices spéciaux. Dans ces pages, qu'on dirait empruntées au célèbre mémoire d'Esquirol, M. Monod nous a tracé de ces loges un tableau des plus lamentables. En étalant ces plaies devant nous, il savait bien nous émouvoir, mais il comptait aussi sur notre aide pour les guérir. Elle ne lui a pas manqué, puisque immédiatement, et à l'unanimité, vous avez adopté le vœu que les pouvoirs publics, soit par voie législative, soit par des moyens administratifs, obligent les municipalités et les commissions des hospices à faire cesser un tel état de choses. Ce vote, nous en sommes sûrs, ne sera pas purement platonique; c'est une arme qui servira. M. le directeur de l'Assistance publique a prouvé que rien de ce qui concerne le malheur et l'infortune ne lui était étranger, et qu'il savait vouloir lorsqu'il s'agit de progrès sérieux à accomplir dans la sphère de son administration : le passé nous répond donc de l'avenir.

L'idée d'un Congrès annuel de médecine mentale était depuis quelque temps dans l'air, qu'on me passe cette expression. M. Georges Lemoine lui a donné une réalité concrète sous forme d'une proposition qu'il a soumise au Congrès.

Malgré quelques objections, elle a été adoptée, et, fait assez rare dans les assemblées, du principe on a passé à l'application, on a abouti. Il a été décidé que ce Congrès annuel se réunirait chaque année dans une ville différente, et que le premier aurait pour siège Rouen. Pouvions-nous faire mieux que de rendre ainsi un hommage mérité à Parchappe, aux deux Foville et à Morel, qui ont illustré les asiles de la Seine-Inférieure? Remercions M. Lemoine de son initiative et, tout en souhaitant succès et prospérité aux Congrès annuels, aidons, et par

©BIUM

notre présence et par nos travaux, à ce succès et à cette prospérité.

Ai-je fini cette fois ? Non, car vous m'en voudriez si je ne vous rappelais les visites scientifiques faites aux asiles Sainte-Anne et de Villejuif, ainsi qu'à la maison nationale de Charenton ; si je passais sous silence les réceptions si cordiales, magnifiques même, qui vous ont été données dans ces divers établissements. Durant vos nombreuses séances au Collège de France, des divergences d'opinions ont dû nécessairement se produire et, dans l'intérêt même du progrès scientifique, les idées se sont entrechoquées afin de produire la lumière; pendant ces fêtes, au contraire, plus de dissidences. Une franche et aimable cordialité n'a cessé de régner, les cœurs battaient à l'unisson et l'on a pu voir que les distinctions d'écoles ou de nationalités n'empêchaient pas l'accord des sentiments.

La Société médico-psychologique a le devoir d'adresser ses publics sentiments de gratitude à tous ceux qui lui ont permis de fêter aussi dignement nos hôtes : à M. le ministre de l'Intérieur, aux membres du Conseil général de la Seine et du Conseil municipal de Paris, aux membres du Conseil de surveillance des asiles de la Seine, enfin aux directeurs et médecins en chef des établissements visités qui, comme il a été si bien dit, se sont tous dépensés sans compter. N'oublions pas dans nos remerciements le vénéré premier Président de la cour de cassation, M. Barbier, qui, comme en 1878, a suivi avec intérêt nos travaux et dont nous avons été heureux de saluer la présence à toutes les fêtes qui nous ont été données, — ainsi que MM. les sénateurs Mazeau et Th. Roussel, qui, par le concours moral qu'ils nous ont accordé, ont témoigné en quelle haute estime ils tenaient notre œuvre.

Messieurs, le rapide historique que je viens de faire pour vous de cette semaine du 5 au 11 août 1889 me semble la réponse la meilleure qui puisse être faite à ceux qui prêchent l'inutilité des Congrès. S'il peut nous rester un regret, c'est qu'elles aient été trop rapides, ces journées où les membres de la famille aliéniste se sont senti les coudes et où ils ont pu échanger leurs idées et

©BIUM

leurs impressions. Mais il nous en restera à tous un souvenir ineffaçable et la conviction que nous avons ajouté à l'histoire de la Société médico-psychologique une page brillante, digne de trouver place à côté de celle qui relate les travaux du congrès de 1878.

Messieurs, ce compte rendu se terminait par deux conclusions, sous forme de propositions à soumettre à votre vote. Il s'agissait, d'une part, de nommer la Commission chargée de préparer l'enquête sur les relations de la syphilis et de la paralysie générale, et, d'autre part, d'accorder le titre de membre associé étranger aux membres adhérents étrangers du Congrès qui ont pris une part active à nos travaux et ne font pas encore partie de la Société médico-psychologique. Dans la dernière séance, notre sympathique président a bien voulu, en mon absence, vous communiquer ces deux propositions. Vous les avez adoptées, puisque vous avez nommé la commission d'enquête et que vous avez décerné le titre de membre associé étranger aux collègues dont les noms vous ont été communiqués.

J'ai un dernier devoir à remplir. Dans votre précédente séance, vous avez chargé une Commission, composée de MM. Falret, Charpentier et Ritti, de vous présenter un rapport sur la candidature de M. le sénateur Théophile Roussel, membre de l'Académie de médecine. Ma tâche de rapporteur est aisée, je devrais même dire inutile. Vous connaissez tous les titres de notre vénéré confrère, les services signalés qu'il a rendus à la médecine sociale et en particulier à la médecine mentale. Il n'est aucun de vous qui ne connaisse son beau livre sur la pellagre, et aussi son célèbre rapport sur la revision de la loi du 30 juin 1838, dans lequel toute justice est rendue aux médecins aliénistes, à leur science et à leur dévouement. Il n'a pas dépendu de M. Roussel que cette loi revisée ne fût meilleure; mais, comme il nous l'a dit en une occasion solennelle, il fait appel et à la Société médico-psychologique et aux congrès annuels de médecine mentale; il exprime le désir que les questions de législation et d'assistance publique des aliénés soient constamment à l'ordre du jour de ces réunions scientifiques. La vérité, à force d'être répétée, finira par arriver aux oreilles des législateurs. Notre éminent confrère — je puis dire

©BIUM

dès maintenant notre collègue — sera, certes, un de ceux qui se chargeront de la leur transmettre.

M. Th. Roussel, par son caractère élevé, par sa science profonde et par la grandeur des services rendus, est un de ces noms qui honorent les Compagnies auxquelles ils appartiennent. Votre Commission est heureuse et flatté de la tâche que vous lui avez imposée; elle est sûre d'avance que, ratifiant les conclusions de ce rapport, vous décernerez à l'unanimité, à notre confrère si universellement respecté, le titre de membre titulaire de la Société médico-psychologique.

Ces conclusions sont adoptées, et M. Th. Roussel est, à l'unanimité, nommé membre titulaire.

Rapports de candidature.

M. DUPAIN. — Messieurs, dans votre dernière séance, vous avez nommé une Commission, composée de MM. Moreau (de Tours), Briand et Dupain, rapporteur, chargée d'examiner la demande de M. le Dr Lionet, qui sollicite l'honneur de faire partie de votre Société en qualité de membre correspondant.

M. le Dr Lionet n'est pas un nouveau venu au milieu de nous; depuis longtemps nos études spéciales ont captivé l'esprit de notre confrère. Désireux d'augmenter ses acquisitions premières, il nous demande aujourd'hui de parcourir ensemble le vaste domaine de la pathologie mentale, et de rechercher, dans l'examen des problèmes médico-psychologiques, comme une sorte de délassement intellectuel aux occupations journalières du praticien.

Lauréat (1er prix) de l'Ecole d'Angers, où il commença l'étude de la médecine, M. le Dr Lionet vint à Paris en 1873, et, l'année suivante, il fut nommé interne à Bicêtre, dans le service de notre sympathique président, M. Falret.

Les savantes leçons de cette École ne restèrent pas stériles. L'élève s'attacha à un maître aussi bienveillant, et, quittant Bicêtre, il voulut continuer à suivre son enseignement et demeura quatre années consécutives interne de cette maison de santé de Vanves, qui nous est bien connue. La soutenance de sa thèse inaugurale, en 1878, est le couronnement de ses travaux. Sous l'inspi-

©BIUM

ration scientifique de M. Falret, il choisit pour sujet : « *Des variétés de la paralysie générale dans leurs rapports avec la pathogénie,* » question du plus haut intérêt, puisque nous la discutons encore. Cette thèse, remarquable par les données scientifiques qu'elle renferme et par l'érudition dont elle fait preuve, serait peut-être indigente de documents personnels, car l'auteur ne cite que des observations empruntées aux différents traités d'aliénation mentale; mais il va lui-même au-devant de cette objection, et se justifie en disant qu'ayant été surtout interne d'une maison de santé privée il craignait de divulguer, même sous des initiales, des secrets confiés par les familles. Sans vouloir insister davantage sur ce point où nous sommes mauvais juges, habitués à puiser à pleines mains dans les richesses de nos asiles et de nos cliniques, nous citerons les conclusions principales de ce travail.

L'auteur admet dans la paralysie générale trois variétés :

1° La paralysie générale d'origine individuelle ;
2° La paralysie générale d'origine congestive ;
3° La paralysie générale d'origine vésanique.

Les paralytiques généraux d'origine individuelle ne présentent jamais de rémission, et la durée de la maladie n'est que de deux ou quatre ans.

Les paralytiques généraux d'origine congestive sont surtout remarquables par la fréquence des congestions. Ils présentent des rémissions qui ne sont que de simples temps d'arrêt. Ils peuvent vivre six, sept, huit ans.

Les rémissions vraies et de longue durée, ainsi que les longues périodes prodromiques sont l'apanage des paralytiques généraux d'origine vésanique. La durée de la maladie varie entre dix, douze ou quinze ans.

Enfin, quelques considérations médico-légales terminent la thèse. C'est un intéressant chapitre d'examen critique de la responsabilité des paralytiques généraux durant leurs périodes de rémission.

Praticien dans le département de Maine-et-Loire, M. le Dr Lionet n'a pas laissé de côté la pathologie mentale. Il est resté fidèle à ses premières études et désire accroître encore et sans cesse ses données scientifiques en s'associant à vos travaux. Il apportera dans

©BIUM

sa province un écho de nos discussions. Il est digne d'appartenir à votre Compagnie.

En conséquence, messieurs, votre Commission vous propose de décerner à M. le Dr Lionet le titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Conformément à ces conclusions, M. Lionet est nommé membre correspondant de la Société.

M. Ritti. — Messieurs, vous avez nommé une Commission, composée de MM. Falret, Magnan et Ritti, chargée de vous présenter un rapport sur la candidature de M. Salgó au titre de membre associé étranger. Notre confrère, qui est médecin en chef de l'asile d'aliénés de Budapesth, en Hongrie, est l'auteur de nombreux travaux scientifiques sur toutes les branches de la psychiatrie. Il a publié un compendium, dans lequel il a magistralement résumé toute notre science : les tableaux qu'il y donne des diverses maladies mentales sont tracés de main de maître et la thérapeutique y tient une place plus grande que celle qui lui est généralement accordée dans de pareils manuels. Le succès de ce livre a été grand; en quelques années il est arrivé à sa seconde édition.

M. Salgò nous a envoyé à l'appui de sa candidature une série de travaux extraits de divers recueils scientifiques. Parmi eux, il en est trois dont il m'est interdit de vous parler, et pour cause : ils sont écrits en hongrois et mon ignorance de cette langue est telle que je ne pourrais vous en traduire les titres. Tous les autres, au nombre de seize, sont en langue allemande, et je vais pouvoir, sinon vous les analyser tous — ce qui me mènerait bien loin — du moins vous en faire connaître l'objet.

Un des premiers travaux de notre confrère est celui sur les troubles de la conscience. Après une excursion dans le domaine de la psychologie normale, il étudie surtout les « états de conscience morbides » dans l'épilepsie : l'inconscience et l'amnésie. Deux autres mémoires sont consacrés à l'épilepsie psychique et contiennent d'intéressantes observations. Si nous ajoutons un article sur l'hystérie infantile, nous voyons que M. Salgò a apporté une importante contribution à l'étude des folies névrosiques.

©BIUM

En ce qui concerne l'alcoolisme, nous signalerons deux brochures : l'une étudie la symptomatologie et la marche du délire alcoolique; la seconde, les convulsions qui se produisent sous l'influence de l'intoxication par l'alcool.

Les recherches sur la paralysie générale ont inspiré à notre confrère quelques pages intéressantes sur la période prodromique de cette affection; et, dans un autre travail, il s'applique à démontrer que la réaction irrégulière des pupilles est, pour le diagnostic de la paralysie générale, un symptôme d'une importance aussi grande que leur inégalité.

A côté de ces deux travaux peuvent trouver place deux intéressants opuscules consacrés : l'un à faire ressortir la signification clinique des convulsions dans la pathologie des psychoses, et le second à développer d'importantes considérations sur la folie de la vieillesse.

Enfin, signalons encore deux mémoires très courts sur des questions de thérapeutique : « L'hydrate de chloral dans la pratique psychiatrique » et « Hyoscine et sulfonal ». M. Salgò a obtenu d'importants succès à l'aide de l'hyoscine et il convie tous ses collègues à l'expérimenter, convaincu que c'est là un médicament supérieur et au chloral, et à la morphine, et à la paraldéhyde.

Toutes les œuvres que je viens d'énumérer, et auxquelles je pourrais en ajouter d'autres, n'ont pour la plupart que l'étendue d'un article de journal ou de revue; mais ils présentent tous une qualité dominante, c'est qu'ils sont essentiellement cliniques. Mais leur auteur, très rompu à l'observation des aliénés, est aussi un érudit, très au courant des travaux de notre pays, auxquels il rend justice en les citant.

M. Salgò — nom qui n'est, paraît-il, que la traduction hongroise de Weiss sous lequel notre confrère s'est d'abord fait connaître — M. Salgò est un élève du professeur Leidesdorf, dont le corps médical autrichien regrette la perte récente; il a été plusieurs années assistant à la clinique de ce savant maître, puis attaché à l'Université de Vienne en qualité de privat-docent. Depuis quelques années, il occupe, comme nous l'avons déjà dit, la situation de médecin en chef de l'asile d'aliénés de Budapesth.

©BIUM

La plupart d'entre vous, messieurs, ont pu faire récemment la connaissance de M. Salgò, venu en France pour un voyage scientifique. Ils ont constaté avec satisfaction quelle ardeur notre confrère apporte dans l'étude des questions scientifiques. Par son caractère, par ses travaux, par sa situation, notre confrère trouvera donc dignement place parmi nous. Votre Commission vous prie donc de lui accorder le titre de membre associé étranger qu'il sollicite.

Conformément à ces conclusions, M. Salgò est, à l'unanimité, nommé membre associé étranger.

Quelques réflexions sur la mélancolie avec conscience.

M. Rouillard. — Messieurs, c'est par suite d'une erreur que ma communication a été annoncée sous le titre de : « De la mélancolie et de ses diverses variétés. » A mon âge, on ne peut avoir acquis assez d'expérience pour prendre part à une discussion aussi importante que celle qui s'ouvre aujourd'hui. Je viens ici pour m'instruire et non pour formuler des dogmes. Cette considération m'a tenu à l'écart de la célèbre discussion sur le Délire chronique, et justifie ma réserve actuelle.

Mais, dans la dernière séance, M. Falret, après avoir, avec le charme, le talent et la rigueur scientifique que vous connaissez, passé en revue les diverses formes de mélancolie, a demandé que chacun vînt apporter des faits. Voici deux observations qui me paraissent dignes d'être citées.

Elles ont trait à la mélancolie avec conscience, et spécialement à la forme si bien étudiée par M. Ritti sous le nom d'hypocondrie morale.

Obs. I. — M^me^ P..., quarante-deux ans. N'a jamais été enfermée dans aucun établissement public ou privé. Elle est mariée à un chef de rayon d'un grand magasin de nouveautés. Son hérédité, sans être très chargée, est pour le moins suspecte. Père bien, mort jeune d'une affection pulmonaire. Grand-père paternel normal, mort très âgé. Mère très nerveuse, grand'-mère maternelle très nerveuse. Deux tantes, du côté maternel, ont des tics de la face. Fille unique, M^me^ P... n'a pas d'enfants. La ménopause commence à se manifester; les retards des règles sont fréquents.

©BIUM

Elle a eu des troubles analogues à ceux pour lesquels je l'ai traitée, en 1873, en 1875, en 1885. Peut-être a-t-elle été malade également en 1870, mais son état mental, à cette époque, parut suffisamment justifié par les émotions du siège de Paris. Ces accès de mélancolie eurent une durée de deux à trois semaines ; celui de 1885 dura près de deux mois et fut guéri par un voyage à Santa Fé de Bogota; Mme P... accompagna son mari dans un voyage d'affaires, sur le conseil de M. le Dr Bergeron. Lorsqu'elle vint me consulter chez moi, elle était sordidement vêtue de haillons, mal peignée, chaussée de pantoufles, accompagnée de sa femme de ménage. Elle avait un tic facial, plus prononcé du côté gauche, qui lui avait valu dans son quartier le surnom de « la mère la grimace ». Elle ne présentait pas les signes ordinaires de l'hystérie, si ce n'est quelques petites plaques d'hyperesthésie. Le tic facial n'existait que depuis un mois. Elle ne pouvait se tenir en repos, marchant continuellement dans mon cabinet et entrecoupant la conversation d'exclamations et de lamentations. Cet état n'était pas constant. Elle avait trois ou quatre crises par jour, presque toujours précédées d'un malaise interne. Elle avait le sentiment d'un anéantissement général, mais déclarait ne souffrir de nulle part. Tristesse insurmontable. Volonté nulle. Elle ne pouvait se résoudre à s'habiller, n'en ayant pas la volonté, et se désolait de sortir aussi mal vêtue. Elle aurait voulu pleurer, mais ne le pouvait pas. Voici, du reste, un fragment d'une de ses lettres; j'en respecte le style, sinon l'orthographe : « Ma seule idée maintenant, je pense toujours à ma maladie, je suis convaincue que j'ai l'esprit frappé, c'est moi qui me fais mon mal, je suis tourmentée toutes les nuits, j'ai quelques moments de bons dans la journée, mais je retombe toujours. Il me semble que je resterai toute la vie comme ça, il me semble que mon cerveau se paralyse, pourtant des moments il est très clair et dans ces moments-là je ne ressens aucun mal, donc je suis bien convaincue que j'ai l'esprit frappé, c'est la seule maladie que j'ai. »

C'est bien là le tableau complet de la mélancolie avec conscience. Mais, en plus, Mme P... qui, je dois le déclarer, n'a jamais eu d'idées de suicide, présentait un phénomène, rare ici, d'après tous les auteurs.

Je veux parler d'impulsions à l'homicide. Elles étaient des plus nettes, se présentaient sous forme d'accès le plus souvent nocturnes. Une fois, la malade se releva la nuit avec l'idée fixe de tuer son mari ; elle alla chercher un couteau de cuisine, mais le ronflement sonore de son époux suffit, dit-elle, à chasser cette idée. Une autre fois la même idée l'obséda et elle réveilla son mari, pour l'en avertir. Un jour, elle se rendit à son magasin et

©BIUM

demanda à des commis s'il était là, mais en même temps elle ajoutait : « Je voudrais bien qu'il fût absent, parce que mon idée aurait peut-être le temps de passer avant son retour. » J'ajouterai qu'elle avait l'horreur de sortir. Elle aurait d'ailleurs présenté de la claustrophobie en 1870. Mais cette claustrophobie n'était peut-être pas morbide, et peut s'expliquer par la crainte des obus. — Les impulsions homicides n'avaient pas existé pendant les crises antérieures.

Pendant quinze jours que j'ai traité Mme P... au moyen des antispasmodiques et des douches, son état s'améliora un peu. Puis je ne vis plus Mme P... pendant deux semaines. Lorsqu'elle revint me voir, je ne la reconnus pas. Vêtue d'une robe de soie, d'un châle français, coiffée d'un chapeau à plumes et ornée de bijoux, elle semblait rajeunie de dix ans ; son tic facial était à peine perceptible. Quant à l'état mental, il était presque satisfaisant ; elle avait bien encore quelquefois des accès d'anéantissement et des crises de désolation, mais les obsessions homicides avaient disparu, elle en riait la première. Le retour de la coquetterie, ce sentiment inné chez la femme, me parut du meilleur pronostic, et, de fait, quinze jours après, je pouvais regarder Mme P... comme complètement guérie. Je l'ai revue la semaine passée. Elle n'a pas rechuté.

Obs. II. — Mme R.., trente-deux ans, femme d'un entrepreneur très riche. Très nerveuse ; elle a parfois la sensation de la boule hystérique. Anesthésie pharyngée. Pas de troubles de la sensibilité cutanée. Arthritique. A eu une crise de rhumatisme aigu à l'âge de dix-huit ans. Coryza chronique pendant dix-sept ans, aujourd'hui guéri.

Hérédité muette. Tous les ascendants et les collatéraux (j'en connais personnellement plusieurs) sont normaux. La plupart sont arthritiques. Les deux fils de Mme R..., âgés l'un de onze ans, l'autre de huit, sont normaux et très intelligents. Cette dame a toujours joui d'une santé excellente. Bien réglée, bon estomac, embonpoint énorme. Elle présente tous les symptômes de l'hypocondrie ordinaire et de la mélancolie avec conscience. Elle se croit atteinte de plusieurs maladies, croit qu'elle va mourir. Elle le voudrait bien, du reste ; mais elle n'attentera pas à ses jours, car la religion le défend. Elle pleure sans cesse, gémit de cet état qui fait la désolation de sa famille. Pas la moindre volonté. Reste assise une heure dans son antichambre avant de pouvoir ouvrir la porte et sortir ; ne peut commander son dîner, ni lire un livre, ni écrire une lettre. Cet état dura trois semaines environ, en s'améliorant graduellement.

Mais elle présentait en outre des impulsions homicides obsédantes, impérieuses et qui faisaient son désespoir. Elle avait

©BIUM

une envie folle de tuer son fils aîné, celui-là même qui était son préféré. Cette idée, qu'elle chassait d'abord assez facilement, revenait brusquement plus tenace lorsque l'enfant, externe au lycée, revenait de la classe. Elle le plaça comme demi-pensionnaire, mais cela ne suffit pas ; lorsqu'il revenait, le soir, la même obsession reparaissait. On dut le mettre interne dans un pensionnat de la banlieue, mais elle ne voulut pas aller le voir au parloir, craignant de succomber à la tentation. Elle ne put jamais me dire par quel moyen elle aurait pu tuer son fils, les couteaux ne l'impressionnaient pas comme la précédente. Ses obsessions homicides ne se portèrent jamais sur d'autres personnes. C'était la première fois qu'elle avait des troubles mentaux. Les obsessions, ainsi que l'état mélancolique et hypocondriaque, durèrent trois semaines. La guérison ne s'est pas démentie jusqu'ici. M^me^ R... suivit le même traitement que M^me^ P...

J'ai fait, messieurs, le relevé des cas de mélancolie avec conscience que j'ai traités. Ils sont au nombre de treize, dont six que j'ai observés depuis un an à la clinique de Sainte-Anne. Je ne vous fatiguerai pas de ces observations banales. Deux cas, ceux que je viens de citer, ont été accompagnés d'obsessions homicides ; un autre présentait des obsessions suicides.

Douze de ces cas ont trait à des femmes, un seul à un homme, encore celui-ci avait-il surtout de l'hypocondrie. Ces douze cas féminins ont présenté plusieurs particularités communes, signalées, je l'avoue, par tous les auteurs. Guérison facile, mais rechute presque certaine, sept de ces femmes ayant eu déjà des accès analogues. Conscience complète de tous ces troubles. Arthritisme bien constaté chez onze sujets sur treize. Influence de la menstruation, huit de ces femmes étant à l'âge de la ménopause. Je serai moins affirmatif au sujet de l'hérédité.

Vous vous rappelez, messieurs, que, dans les conclusions de son beau rapport au récent Congrès international des maladies mentales, M. Falret disait dans ses conclusions que les obsessions avec conscience sont toutes héréditaires. La mélancolie avec conscience jouit d'une réputation analogue. Mon peu d'expérience ne me permet pas de contredire ce maître et tant d'autres auteurs, mais je demande la permission de faire quelques réserves ; je n'ai, en effet, constaté d'antécédents hérédi-

©BIUM

taires que dans cinq cas sur douze, et quant à la mélancolie avec conscience, accompagnée d'obsessions homicides, une de mes deux malades a sur son casier héréditaire : *néant*.

Une question se pose tout naturellement pour ce genre de malades. Faut-il conseiller l'internement, faut-il même l'imposer? Je n'oserais guère me prononcer dans cette grave question, ni surtout poser une règle fixe. Beaucoup de ces malades, la plupart même, vivent en liberté, et, si l'on en voit dans les maisons de santé privées, on sait qu'elles sont rares dans les asiles publics. Elles rendent en réalité l'existence insupportable à leurs familles, mais peuvent vivre et même guérir au dehors. La question est plus délicate lorsqu'il vient se surajouter un phénomène tel que des obsessions suicides ou homicides, et nous venons de voir que ces dernières, si elles sont rares, ne sont pas exceptionnelles. En ce cas, l'internement s'impose.

Mais je prévois l'objection toute naturelle qui va m'être faite. Pourquoi, me dira-t-on, n'avoir pas fait interner les deux malades dont vous venez de parler? Je vais en dire la raison.

Dans la mélancolie avec conscience, accompagnée ou non d'obsessions, ce qui est le fond même et l'essence de la maladie, ce n'est pas l'hérédité, ce ne sont pas les différents caractères déjà tant décrits, ce n'est pas seulement la conscience que le malade a de ses troubles ; c'est, avant tout et surtout, l'anéantissement de la volonté, l'*aboulie*. Le malade ressent et dépeint d'une façon poignante sa pénible situation : il a conscience de son malheur, de la tristesse qu'il répand autour de lui, il sait qu'il empoisonne la vie de tous ceux qu'il chérit et qui l'entourent, et dont ses incessantes lamentations augmentent le chagrin, il voudrait faire cesser cet état de choses, il voudrait au moins le cacher, impossible. Il ne peut. Les moindres actes de la vie sont au-dessus de ses forces. Mangera-t-il? s'habillera-t-il? sortira-t-il? Il ne peut prendre la plus petite détermination, il ne peut vouloir. Cet état si connu se retrouve dans les obsessions avec conscience lorsqu'elles accompagnent l'hypocondrie morale, et leur impriment un cachet particulier, quoique peut-être pas constant, j'en conviens.

©BIUM

Elles existent, ces obsessions, elles augmentent l'angoisse et le désespoir du malade, mais elles ne sont pas très dangereuses ; l'acte n'est pas consommé, un rien le fait échouer et le malade ne trouve pas assez de volonté pour le mener jusqu'au bout, jusqu'au crime ou au suicide. Une des malades que j'ai traitées à la clinique de Sainte-Anne en offrait un exemple bien net. Hantée d'obsessions suicides avec conscience, cette femme n'avait pas fait moins de cinq tentatives, toutes avortées.

Deux fois, elle avait été acheter du charbon de bois pour s'asphyxier, et jamais elle n'avait pu allumer le réchaud. Une fois, elle était allée jusqu'à la Seine, et, en route, s'était assise sur un banc où elle était restée plus de six heures. Une fois, elle avait ouvert la fenêtre pour se précipiter. Une dernière fois, elle avait voulu avaler de l'eau de javel, et, pendant deux mois, le verre plein était resté sur la table. Son plus grand sujet de désespoir était de n'avoir pas eu assez de volonté pour achever ces suicides.

Cette aboulie constante nous indique le vrai traitement de ces affections. C'est bien là le cas de mettre en pratique le fameux traitement moral de Leuret. Il faut avant tout qu'une volonté étrangère, puissante, ferme et constante, se substitue à celle du malade ou du moins remplace sa volonté absente. Il faut commander à ces malades, il faut menacer d'employer la force, il faut au besoin être brutal. La rapidité de la guérison de mes deux malades citées plus haut et la longueur de la maladie chez une autre de mes malades en sont la preuve irréfutable.

M^me^ P... (la première) n'a marché à grands pas vers la guérison que le jour où son mari tint vis-à-vis d'elle la conduite que je lui ai indiquée. Très doux et conciliant avec elle, il avait à cœur de ne pas la contredire ; il s'était contenté de placer auprès d'elle une femme de ménage. Sur mes conseils, il changea de tactique, se moqua de ses misères, lui imposa silence chaque fois qu'elle commençait ses lamentations. Il joua si bien son rôle qu'un jour, à table, sa femme lui ayant déclaré, en brandissant le couteau à découper qu'elle allait le tuer, il saisit un autre couteau, et, lui tenant le bras, lui dit : « Tu ne me tueras pas, car, si tu fais un seul geste, je te

©BIUM

tue comme un chien. » Il sortait un instant après et sanglotait dans la rue, cet acte ayant épuisé ses forces. Mais, à partir de ce jour, Mme P... n'eut plus d'obsessions homicides.

Quant à Mme R..., les choses n'allèrent pas si loin. Mais son mari se contenta, chaque fois qu'elle se livrait à ses doléances, de briser un objet auquel elle tenait beaucoup. Je l'encourageai à continuer. Chaque fois que la malade parlait de ses malheurs, il recommençait. Il eut du reste peu de choses à briser, et son mobilier ne s'en ressentit pas trop.

Mais tel ne fut pas le cas pour Mme X... Cette dame, qui est une de mes parentes par alliance, a un mari débonnaire et doux qu'elle a toujours guidé à sa fantaisie. Adorant sa femme, il sanglotait chaque fois qu'il la voyait dans ses crises de mélancolie, il se lamentait autant qu'elle, et, au lieu de m'être utile, aggravait plutôt l'état de la malade en l'entretenant dans son délire conscient, lui en parlant souvent, alors qu'elle n'y pensait pas elle-même. Quant à moi, je n'avais, à cause de mon âge et de mes relations de famille, qu'une bien faible influence sur Mme X... Je ne pus jamais obtenir qu'on vît un autre médecin, je ne pus obtenir non plus le placement dans une maison de santé. Un voyage, l'hydrothérapie et une foule de moyens thérapeutiques furent impuissants, et la malade guérit spontanément de cet accès, qui était le quatrième depuis six ans, au bout de quatre mois. Ce fut en somme un insuccès.

J'échouai également près d'une dame veuve qui vivait avec ses filles ; je finis par l'interner dans une maison d'hydrothérapie, où elle guérit.

En résumé, messieurs, je pense que le médecin peut soigner ces malades en ville, s'il peut prendre sur eux un ascendant suffisant, si surtout il trouve dans la famille les auxiliaires indispensables. Sinon, l'internement s'impose, non pas que ces malades soient dangereux, j'estime qu'ils le sont rarement, mais comme moyen thérapeutique, parce que les malades trouveront dans la maison de santé, outre l'éloignement de la famille, la règle, la discipline nécessaires pour mater, si j'ose m'exprimer ainsi, leur délire.

Je n'ai pas voulu, messieurs, engager une discussion

©BIUM

à fond sur la mélancolie, c'eût été présomptueux de ma part ; j'ai voulu seulement appeler votre attention sur quelques points de la mélancolie avec conscience, notamment sur les obsessions homicides, j'ai voulu discuter la question de l'internement de ces malades, question qui nous est journellement posée par les familles.

Des injections sous-cutanées d'ergotinine dans le traitement des attaques épileptiformes et apoplectiformes de la paralysie générale et des affections chroniques du cerveau.

M. CHRISTIAN. — Messieurs, je demande la permission à la Société de lui communiquer les résultats d'un certain nombre d'expériences faites dans mon service avec l'aide de M. le Dr Thivet, mon interne, et se rapportant au traitement d'un accident que nous avons fréquemment à combattre chez nos malades, je veux parler de l'*attaque épileptiforme*. Il n'est guère d'affection organique du cerveau dans laquelle, à un moment quelconque de son évolution, ne puisse surgir cette complication. Mais certainement c'est dans la paralysie générale qu'elle est la plus fréquente : un tiers environ des paralytiques généraux (30 0/0) meurent dans les convulsions.

Ce n'est pas le moment de faire ici l'histoire complète des attaques épileptiformes ; je rappellerai seulement :

Qu'entre l'attaque d'épilepsie *vraie* (morbus sacer) et l'attaque épileptiforme du paralytique général, ou du cérébral chronique, il n'existe symptomatiquement aucune différence appréciable ;

Que l'attaque épileptiforme débute brusquement, sans prodromes et sans cause occasionnelle. Il m'a même semblé qu'elle survient de préférence le matin, au moment du réveil, ou pendant la nuit ;

Qu'elle est rarement isolée, mais se montre plus souvent, sous forme de paroxysmes, *d'état de mal*, les attaques se succédant plus ou moins nombreuses, sans interruption ;

Qu'elle est toujours d'un pronostic grave, et, lorsqu'elle

©BIUM

s'accompagne d'un accroissement de température, la mort est presque certaine (1).

Que, dans les cas les plus favorables, elle active la marche de la maladie, en aggrave les symptômes.

Chez le paralytique général, l'attaque épileptiforme peut survenir à toutes les périodes de la maladie; elle peut en signaler le début ; plus fréquemment, elle en constitue l'accident ultime. Mais, à quelque période que ce soit, c'est un symptôme grave ; elle doit être combattue énergiquement.

Jusqu'à une époque toute récente, je m'étais borné à la médication classique ; émissions sanguines (sangsues derrière les oreilles, quelquefois même saignée générale) ; applications de glace sur la tête, révulsifs sur le tube digestif, vésicatoires à la nuque, etc. Mais je dois dire que les résultats étaient peu encourageants ; tous ces moyens se montraient généralement inefficaces, et, quand un malade échappait à la crise, il m'eût paru téméraire d'en faire honneur au traitement employé.

Depuis quelque temps, j'ai été conduit à une méthode qui me semble beaucoup plus sûre et qui m'a donné des résultats tout à fait inespérés. C'est de cette méthode que je vous demande la permission de dire quelques mots.

Ce n'est pas tout à fait le hasard qui m'a guidé. Il y a quelques années, en 1884, un de nos anciens internes de Charenton, aujourd'hui médecin-adjoint à Saint-Yon, M. le Dr Girma, publiait dans l'*Encéphale* un article sur l'emploi de l'ergot de seigle pour combattre les accidents congestifs de la paralysie générale. Dans cette étude, il s'appuyait de l'autorité de M. Luys.

D'un autre côté, les travaux publiés depuis de longues années sur l'ergot de seigle ont tous mis en lumière l'action que ce corps exerce sur la circulation, et qui le rend si précieux, non seulement dans les hémorragies utérines, mais encore dans celles des autres organes.

Il n'était pas déraisonnable d'attendre un effet de l'ergot de seigle dans les accidents dont je m'occupe.

---

(1) V. Broquère, *Attaques épileptiformes et apoplectiformes dans la paralysie générale*. Thèse de Paris, 1882.

©BIUM

Car, quoique je ne connaisse en réalité rien de la cause prochaine des convulsions épileptiformes, que les nombreuses autopsies que j'ai eu l'occasion de faire ne m'aient donné à cet égard que des résultats contradictoires, néanmoins il faut reconnaître que ces convulsions ne sont pas sans un trouble profond de la circulation cérébrale. Que ce trouble soit primitif ou secondaire, il n'importe : c'est un élément important, et l'on peut espérer qu'en le faisant disparaître on empêche les convulsions de se reproduire.

Je ne pouvais songer à donner l'ergot de seigle en nature ; tant que le malade est sous l'influence de ses attaques, il ne peut avaler, la déglutition est impossible.

Mais ce n'était pas là une difficulté; nous avions l'injection sous-cutanée d'ergotine ou d'ergotinine qui pouvait remplacer l'ergot de seigle : c'est à l'ergotinine que nous donnâmes la préférence, en raison précisément de son effet plus actif (1). On sait que un milligramme d'ergotinine représente un gramme d'ergot de seigle.

Nous nous sommes invariablement servis de l'ergotinine Tanret, et de la solution telle que Tanret l'a formulée :

Ergotinine	0,01 centigr.
Acide lactique	0,02 —
Eau de laurier-cerise	10,00 —

soit 1 milligramme par centimètre cube.

Je dirai, une fois pour toutes, que chacune de nos injections a été de un milligramme d'ergotinine.

Cela posé, je vais résumer les observations recueillies dans mon service depuis environ un an.

Obs. I.— G..., trente-deux ans, paralytique général, entré en octobre 1888.

Le 30 décembre, au réveil, attaque épileptiforme grave, suivie coup sur coup de plusieurs autres. Face congestionnée, conjonctives injectées (signe généralement fâcheux), langue épaisse, sueurs; le soir, la température dans l'aisselle monte à 41°. Je

(1) Il m'a paru d'ailleurs que l'ergotinine est plus spécialement indiquée dans les hémorragies pulmonaires, utérines, ou autres.

©BIUM

considère le malade comme perdu ; cependant nous pratiquons une injection d'ergotinine à 10 heures, une autre à 4 heures, une troisième à 8 heures du soir.

La nuit a été assez bonne, les attaques ont diminué de fréquence et d'intensité ; quelques secousses persistent dans le côté gauche. Le 31 au matin, le thermomètre est descendu à 38° ; G... ouvre les yeux, regarde autour de lui d'un air hébété, bredouille quelques paroles inintelligibles : 2 injections.

1er janvier 1889, amélioration marquée ; une injection.

3 janvier, le malade se lève.

15 janvier, il retourne à son quartier.

Le 15 février, nouvelle crise : deux attaques dans la nuit ; quatre injections dans vingt-quatre heures.

16 février, les accidents ont disparu, et le 18 le malade écrit une lettre sans tremblement et sans faute d'orthographe.

19 mars, vertige, absence, physionomie égarée, il chiffonne, répète les mêmes mots ; une injection suffit pour dissiper tous ces troubles.

Enfin, le 24 juin et le 29 juillet, nouvelles crises, chaque fois conjurées par une ou deux injections.

Actuellement, G... vit dans une béatitude parfaite, enchanté de tout. C'est la mémoire qui a le plus souffert chez lui. Il ne se souvient pas qu'il a déjeuné ou dîné, et quelquefois, à neuf ou dix heures du soir, il se lève, croyant que le réveil a sonné.

J'ai donné cette observation avec quelques détails, parce que, de toutes, c'est la plus caractéristique : dans aucune, la mort n'a été aussi imminente. G... représente d'ailleurs le type de la paralysie générale classique. Les observations suivantes se rapportent également à des paralytiques généraux dont l'affection s'est déroulée d'une façon normale. Je les résume brièvement.

Obs. II.— H.., quarante-cinq ans, entré en octobre 1887. Le 29 mars 1889, attaque épileptiforme violente : une injection. Le lendemain, tout est rentré dans l'ordre.

Obs. III. — Hé..., trente-neuf ans, entré en mai 1887.

6 avril 1889, une attaque, le thermomètre monte à 38° 8 ; une injection.

7 avril, il n'y a pas de nouvelle attaque ; la température est revenue à 38° ; le lendemain, elle est à 37°, le malade se lève et retourne à son quartier.

Obs. IV. — M..., trente-neuf ans, entré en septembre 1887. Depuis plus d'un an ce malade ne quitte plus le lit et ne paraît avoir aucune conscience de son existence. Il a eu dans cette période des attaques très fréquentes, chaque fois arrêtées par les injections d'ergotinine : je note le 23 mars, 12 mai, 19 juin,

©BIUM

29 juin, 6 août, 28 août, 15 octobre. Nous avons certainement réussi de cette façon à prolonger sa misérable existence.

Obs. V. — A..., quarante et un ans, entré en novembre 1888. 16 août 1889, attaque violente le matin; deux injections dans la journée ; remis le lendemain.

Obs. VI. — S..., cinquante ans, entré en mai 1887. Chez ce malade la paralysie générale a succédé à une ataxie locomotrice datant de dix ans. Il a encore par intervalles des crises de douleurs fulgurantes, toujours amendées par l'iodure de potassium à petite dose.

20 mars 1889, au réveil, facies hébété, a beaucoup de peine à parler, ne peut se tenir debout; quelques secousses convulsives dans le côté gauche; une seule injection dissipe tous les accidents.

Les malades dont je viens de parler sont tous des paralytiques généraux encore vivants dans mon service. Dans les observations suivantes, la mort est survenue peu après les attaques, mais dans des conditions telles qu'on ne peut nier que l'ergotinine n'ait exercé une influence favorable, et que la terminaison fatale n'ait été provoquée par des complications fortuites.

Obs. VII. — R..., entré en juin 1884, à l'âge de trente-six ans.

Ce malade, arrivé à la dernière période d'une paralysie générale dont la durée avait été exceptionnellement longue, fut pris le 3 mars au matin d'une série d'attaques qui mirent rapidement sa vie en danger; une injection, le matin à 10 heures, une autre à cinq heures du soir.

4 mars, les attaques ont cessé, le malade est éveillé, il regarde en riant autour de lui, facies normal ; une injection.

5 et 6. R... paraît hors de danger ; mais, dans la soirée du 6, on constate un gonflement au côté gauche du cou. Malgré un traitement local énergique (sangsues, cataplasmes, etc.), on ne peut empêcher le développement d'un phlegmon gangreneux, auquel le malade succombe le 11.

Obs. VIII. — N..., soixante-trois ans, malade depuis plusieurs années, entré en juin 1888, à la période ultime d'une paralysie générale, qui déjà avait été traversée par de fréquentes attaques congestives, auxquelles il avait chaque fois réchappé. Le 15 juin 1889, attaque épileptiforme grave; deux injections. Dès le lendemain, amélioration; mais le 17, il est obligé de s'aliter de nouveau et est emporté en quelques heures par une congestion pulmonaire.

©BIUM

Obs. IX. — G..., entré en septembre 1886, à l'âge de trente-six ans ; 10 avril 1889, huit attaques successives depuis le matin jusqu'à trois heures de l'après-midi ; le thermomètre monte à 41° ; première injection à dix heures du matin, deuxième, le soir à quatre heures. La température baisse, les convulsions ne se produisent plus et, le lendemain matin, le malade paraît calme ; il avale facilement les liquides. Par précaution on pratique encore une injection.

Le lendemain 12, congestion pulmonaire, à laquelle G... succombe dans la soirée du 13.

Obs. X. — C..., quarante-trois ans, entré en janvier 1887. Après différentes phases d'excitation violente et de dépression mélancolique, C... était arrivé à une période de rémission, et sa santé physique paraissait excellente, quand, le 20 juillet, au moment de se mettre à table pour le déjeuner, il perdit connaissance. Presque aussitôt, il eut des convulsions extrêmement violentes (injection).

A la suite de l'injection, on constate que les convulsions deviennent moins intenses ; mais le coma persiste. Le soir nouvelle attaque, suivie de mort, malgré une nouvelle injection.

J'ai pu, par extraordinaire, pratiquer l'autopsie de ce malade, et j'ai pu constater, outre les lésions caractéristiques de la paralysie générale, une hémorragie en nappe de la pie-mère, qui avait été évidemment la cause déterminante de la mort.

Obs. XI. — Bo..., entré en février 1887, âgé de trente ans. Était à la dernière période de sa paralysie, quand, le 4 avril 1889, il eut des attaques convulsives qui se répétèrent sans interruption le jour et le lendemain. Malgré les injections d'ergotinine (trois le 4 et trois le 5), la mort arriva le 5 au soir.

Obs. XII. — Bl..., trente-neuf ans, entré en juin 1886. Attaques dans la matinée du 6 avril, se répétant coup sur coup. Mort le même soir ; deux injections.

Obs. XIII. — Ge..., trente-sept ans, entré en janvier 1887. Le matin, attaques très violentes ; une injection amène une heure de calme, mais les convulsions reparaissent, et le malade succombe au bout de quelques heures, malgré une deuxième injection.

En résumé, sur treize paralytiques généraux atteints de convulsions épileptiformes, il y en a sept chez lesquels les accidents se sont dissipés après une ou plusieurs injections d'ergotinine. Six ont succombé ; mais trois d'entre eux ont été emportés par des complications survenues au moment même où nous pouvions croire la

©BIUM

partie gagnée (Obs. 7, 8, 9). Une fois (Obs. 10), l'autopsie nous a révélé une lésion contre laquelle nous étions désarmés.

Je crois donc pouvoir dire qu'au total, chez dix de ces malades, les injections d'ergotinine ont enrayé les accidents épileptiformes et certainement prolongé l'existence.

Mais comment agit l'ergotinine ?

Ce corps, découvert en 1875 par Tanret, forme l'alcaloïde de l'ergot de seigle ; on peut l'employer dans tous les cas qui sont justiciables de l'ergot, et il est mille fois plus actif.

D'après les recherches de Laborde (Soc. de Biologie, 1878), de Budin et Galippe (*Id.*), l'ergotinine fait contracter les vaisseaux en agissant sur la fibre musculaire de leurs parois, et elle abaisse la température.

D'après Dujardin-Beaumetz (Soc. de thérapeut., 13 févr. 1878), l'ergotinine diminue notablement les hémorragies, mais elle n'agirait que douze à vingt-quatre heures après l'injection. Il reconnaît aussi qu'elle ne détermine aucun accident local.

Sur ce dernier point, mes expériences, déjà nombreuses, confirment absolument l'opinion de Dujardin-Beaumetz ; jamais je n'ai observé le moindre accident local, mais il m'a semblé, au contraire, que l'ergotinine agit très rapidement, et que son action se fait sentir très peu de temps après l'injection. Elle enraye presque instantanément les attaques convulsives, et, déjà après deux ou trois heures, elle détermine le ralentissement du pouls et l'abaissement de la température.

Aussi bien, comme je le disais plus haut, les bons effets de l'ergotinine dans les cas que j'ai énumérés semblent dus à son action sur la circulation ; elle paraît être sans influence sur l'élément convulsif, du moins si j'en juge par le seul malade sur lequel j'ai pu l'expérimenter.

J'ai très peu d'épileptiques *vrais* dans mon service ; mais, dans le courant de l'année, il m'en est entré un qui offre cette particularité d'avoir, depuis fort longtemps, un nombre considérable d'attaques, cinq, six, en moyenne, par jour. J'ai essayé l'ergotinine, et, pendant huit jours, j'ai fait à ce malade deux injections chaque

©BIUM

jour : le résultat a été absolument nul. De sorte que, s'il était permis de conclure de ce seul fait, je dirais que, dans l'attaque épileptiforme du paralytique général, l'ergotinine s'attaque à un élément qui n'existe pas dans l'attaque de la *grande épilepsie*, élément qui est sans doute le trouble circulatoire.

Veut-on une autre preuve à l'appui de cette opinion? Je la trouve dans les excellents résultats que l'ergotinine m'a donnés dans les attaques congestives des apoplectiques. En voici quelques exemples :

Obs. XIV. — G..., cinquante-huit ans, entré en juin 1888. Ce malade, hypocondriaque depuis de longues années, a été atteint en 1886 d'hémiplégie gauche, suivie d'un affaiblissement graduel de l'intelligence. Il a de fréquentes attaques apoplectiformes qui surviennent pendant la nuit, et se traduisent au matin par des troubles caractéristiques : égarement, faiblesses des jambes, actes inconscients, etc.; j'ai noté des attaques de ce genre les 7 mars, 4 mai, 15 juin, 16 août, 20 septembre, et chaque fois une ou deux injections d'ergotinine ont suffi pour enrayer les accidents. Mais la démence a progressé; actuellement, elle est complète : G... ne reconnaît plus même ses enfants.

Obs. XV. — Un autre vieillard âgé de soixante-huit ans, hémiplégique gauche depuis dix-huit mois, entré en août 1889. Peu de temps après son admission, le 10 septembre, il a une série d'attaques épileptiformes avec convulsions et contracture dans le côté gauche : la température monte à 40°; deux injections. Le lendemain matin, les convulsions ont cessé, le thermomètre est à 39°; une injection. Le 12, température à 38°; une injection. A partir de ce moment, amélioration rapide.

Nouvelle crise, le 14 octobre : cette fois, les secousses convulsives sont limitées à la face et au bras gauche ; trois injections faites les 14, 15 et 16, et tout rentre dans l'ordre. Mais le bras reste contracturé et le malade demande que je le lui coupe parce qu'il le gêne.

Je signalerai encore (Obs. 16) un vieillard de soixante-dix-neuf ans, frappé le 13 avril d'un ictus apoplectique, chez lequel une seule injection suffit pour dissiper tous les symptômes (1).

En résumé, messieurs, des expériences qui précèdent

(1) J'ai pratiqué également les injections d'ergotinine sur trois

©BIUM

je conclus que les injections sous-cutanées d'ergotinine sont un moyen excellent, le meilleur et le plus efficace jusqu'à présent, à opposer aux attaques épileptiformes et apoplectiformes de la paralysie générale et des affections organiques du cerveau.

Je ne crois pas avoir trouvé un spécifique : ce serait déjà un résultat satisfaisant de posséder un moyen sûr à opposer à des accidents souvent mortels, et de pouvoir ainsi prolonger la vie des malades. Je me propose de continuer ces recherches. Si j'en ai parlé aujourd'hui devant la Société médico-psychologique, c'est dans l'espoir que mes collègues voudront, à l'occasion, expérimenter cette méthode, ce qui leur permettra de contrôler, et au besoin de rectifier, les résultats que nous avons obtenus, M. Thivet et moi.

M. BALL, après avoir reconnu tout l'intérêt de la communication de M. Christian, remarque qu'on peut expliquer les résultats contradictoires dont il vient d'être fait mention par la différence des lésions anatomiques, suivant les cas ou suivant telle ou telle période de la maladie. Pour lui, sa conviction est que l'anémie cérébrale est génératrice de convulsions épileptiformes ou apoplectiformes, tout aussi bien que l'hyperémie. S'agit-il de la première situation anatomique, l'ergotine doit être plus nuisible qu'utile ; s'agit-il, au contraire, de la seconde, le médicament doit être efficace.

M. PAUL GARNIER demande à M. Christian si c'est invariablement qu'il a obtenu l'abaissement de la température avec les injections d'ergotine.

M. CHRISTIAN. — Dans les cas où les accidents n'ont pu être enrayés et ont amené la mort, l'abaissement de la température ne s'était pas produit.

M. CHARPENTIER a employé l'ergotine et n'en a pas obtenu de bons résultats. Quant à l'interprétation des faits contradictoires, il se range à l'avis de M. Ball.

La séance est levée à six heures.

PAUL GARNIER.

---

paralytiques généraux en période d'excitation maniaque. Elles n'ont produit aucun effet ; elles n'ont donné aux malades ni le calme, ni le sommeil, mais elles ont été absolument inoffensives.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX AMÉRICAINS

The journal of nervous and mental disease.

ANNÉE 1884

I. — *Rapports du système nerveux avec la température du corps ;* par M. le Dr Isaac Ott (numéro d'avril). — On sait que le système nerveux a une influence sur la production de la chaleur du corps. L'auteur rappelle les preuves thermométriques, chimiques et calorimétriques qui ont été données de ce fait. Puis il rend compte de ses propres expériences sur des lapins et des chats. Dans ces expériences, il s'est servi du calorimètre de d'Arsonval et de l'appareil respiratoire de Voit.

Des sections transversales étaient faites d'abord sur la partie antérieure du cerveau, puis plus loin en arrière. Il résulte de toutes ces expériences qu'au voisinage des corps striés il y a des centres en relation avec la température du corps. L'auteur ne saurait dire si l'élévation de température constatée est due à une moindre déperdition ou à une production plus grande de chaleur ; il se propose de faire de nouvelles expériences à ce sujet. Il termine son travail par un tableau donnant les chiffres trouvés au cours de ses recherches.

II. — *Sur l'assoupissement et la somnolence morbides, contribution à la pathologie du sommeil;* par M. le Dr C.-L. Dana, de New-York (numéro d'avril). — L'auteur s'occupe de certaines formes de somnolence morbide en relation avec quelques affections constitutionnelles ou nerveuses. Il exclut de son étude les formes ordinaires, dues à l'âge avancé à l'obésité, au diabète et aux affections vasculaires du cerveau ; il ne retient que celles qui peuvent être rangées sous le titre de névroses, y compris les cas de léthargie cataleptique et quelques cas de sommeil hystérique et mesmérique.

L'auteur a vu cinq cas de somnolence morbide, et le

©BIUM

Dr Putzel lui a fait part de deux de ses observations. Les autres cas réunis par le Dr Dana ont été pris dans la littérature médicale. L'étude de tous ces cas montre de curieuses perversions du sommeil.

La somnolence peut se produire de diverses manières :

1° Parfois le patient est atteint d'une simple prolongation du sommeil naturel ;

2° D'autres fois le patient souffre d'un assoupissement persistant avec quelques rémissions ;

3° Ou bien il peut être sujet à des accès de somnolence fréquents et de courte durée, sans assoupissement dans les intervalles ;

4° Il a des attaques léthargiques prolongées ;

5° Ou des accès périodiques de somnolence profonde ou léthargique durant des jours, des semaines et des mois.

Naturellement les symptômes varient beaucoup dans ces différents cas. En général, la santé finit par être compromise. La somnolence morbide peut être beaucoup plus grave que l'insomnie. Parfois la conscience n'est pas entièrement abolie pendant les attaques.

Dans le sommeil épileptoïde et hystérique et dans la léthargie, les pupilles sont généralement dilatées, contrairement à ce qui se passe dans le sommeil normal. Dans le sommeil léthargique les réflexes sont abolis.

La maladie est généralement chronique et dure des années ; elle peut aboutir à la folie ou au suicide. Dans la somnolence hystérique cependant la santé du patient ne paraît pas atteinte.

La somnolence morbide est un symptôme d'un état névropathique ; la plupart des cas sont en relation étroite avec les diathèses épileptique et hystérique. L'auteur admet trois formes : 1° la somnolence épileptoïde ; 2° la somnolence hystérique ; 3° les cas douteux.

Comme causes prédisposantes, on trouve principalement une constitution névropathique, congénitale ou acquise, mais surtout les diathèses épileptique et hystérique.

Parmi les remèdes symptomatiques, l'auteur cite le café, la caféine, la coca, la belladone, le nitrite d'amyle et les sternutatoires ; dans l'hystérie, le tartre émétique.

III. — *Folie simulée : Étude de la validité des raisons invoquées dans quelques diagnostics récents de ce genre ;* par M. le Dr James-G. Kiernan, de Chicago (numéro d'avril). — L'auteur discute les raisons que l'on a de croire à la simulation

©BIUM

de la folie. A son avis, la question n'est pas tant de constater si le prisonnier soupçonné de simulation est fou, que de vérifier s'il est réellement atteint de la psychose dont il paraît souffrir. Si les symptômes et l'historique des cas ne concordent pas avec cette psychose, il est probable qu'il y a simulation. La préméditation, l'aptitude aux affaires, etc., tout en indiquant la non-existence d'une certaine psychose, sont compatibles avec d'autres, et l'auteur critique à ce point de vue les raisons invoquées par quelques médecins pour affirmer que les individus examinés par eux étaient exempts de folie.

IV. — *Troubles nerveux consécutifs aux affections articulaires ;* par M. le Dr Georges-W. Jacoby, de New-York (numéro d'avril). — Malgré la fréquence de ces affections, ce n'est que dans ces dernières années qu'elles ont appelé l'attention des praticiens. L'auteur attribue ce fait à ce que l'on ne se rendait pas compte autrefois des relations de causalité qui existent entre les maladies articulaires et les paralysies atrophiques qui les accompagnent. Aujourd'hui, il n'est pas douteux que cette paralysie de certains muscles ou groupes de muscles ne soit une cause directe de la lésion traumatique ou spontanée de l'articulation correspondante. Les expériences de Valtat et Christian le prouvent.

Les affections que l'on observe le plus souvent à la suite des maladies articulaires sont : la paralysie, l'atrophie des muscles et l'hyperplasie du tissu connectif sous-cutané. Un autre groupe de désordres moins fréquents a été, d'après l'auteur, trop négligé jusqu'ici. Ce sont : l'anesthésie, l'hyperesthésie, l'analgésie, puis les scléroses de la peau.

Les troubles nerveux qui se produisent à la suite d'affections articulaires intéressent les trois fonctions nerveuses : la motilité, la sensibilité et la nutrition. Le membre devient d'abord mou et sensible au toucher, les muscles perdent leurs contours, ils fondent pour ainsi dire ; leur contractibilité diminue, puis disparaît. Cela est vrai surtout pour les extenseurs. L'irritabilité électro-musculaire diminue dans la grande majorité des cas, mais sans qu'il y ait réaction de dégénérescence ni renversement de la formule normale (Erb). Dans certains cas la paralysie apparaît de très bonne heure, d'autres fois très longtemps après le début de l'arthrite. Régulièrement la paralysie est suivie de l'atrophie des muscles correspondants. L'hypertrophie du tissu aréolaire sous-cutané peut dissimuler l'atrophie. Celle-ci est ascendante et progressive et peut atteindre toute une moitié du

©BIUM

corps, si le traitement n'en arrête pas les progrès. La contracture des muscles est une complication fréquente ; elle suit à peu d'intervalle la paralysie et l'atrophie. Quant aux troubles de la sensibilité, ce sont des hyperesthésies, des hyperalgésies, des anesthésies et des analgésies aussi bien que des névralgies.

Le Dr Jacoby rapporte un certain nombre de cas, puis il cite l'opinion des auteurs sur la pathogénie de ces troubles nerveux. Divers modes de traitement ont été employés. Celui qui a donné à l'auteur les meilleurs résultats est le massage combiné avec les mouvements mécaniques et l'emploi de l'électricité.

V. — *De l'automatisme alcoolique ;* par M. le Dr T.-D. Crothers, de Hartford (numéro d'avril). — L'automatisme alcoolique consiste en une perte de la mémoire consciente des événements présents et passés, avec état normal apparent, durant depuis quelques instants jusqu'à plusieurs jours. Cette condition indique un trouble profond des centres nerveux et est nécessairement associée avec une diminution ou même une perte considérable de la responsabilité ; de là son importance pratique au point de vue médico-légal. Dans tous les cas, elle est associée à un état nerveux particulier, produit ou développé par l'alcool, ou existant auparavant et mis en activité par l'alcool et d'autres causes inconnues.

Un grand nombre des individus atteints agissent comme de coutume et font dans l'état automatique ce qu'ils ont l'habitude de faire chaque jour. D'autres agissent dans cet état en dehors de leurs habitudes ordinaires. Un autre groupe, que l'on rencontre fréquemment devant les tribunaux, est poussé à des actes criminels contre les personnes ou la propriété. Enfin, chez quelques-uns, on voit l'état automatique précéder les périodes d'ivrognerie.

Le Dr Crothers cite quelques cas curieux et termine en exprimant l'espoir qu'on étudiera de plus près cette phase psychologique de l'alcoolisme, de façon à y porter remède et à en prévenir le retour.

VI. — *Sur les modifications de structure observées aux extrémités des nerfs tibiaux du tronc d'une jambe amputée ;* par M. le Dr H.-D. Schmidt, de New-Orléans (numéro d'avril). — L'auteur a eu l'occasion de disséquer le tronc d'une jambe amputée seize ans auparavant. Le tronc était bien formé et paraissait s'être cicatrisé dans de bonnes conditions. Après avoir mis à nu les nerfs tibiaux postérieur et antérieur, le Dr Schmidt les a trouvés tous deux terminés par des renfle-

©BIUM

ments assez volumineux, sans aucune relation avec la cicatrice, sauf par un peu de tissu connectif aérolaire très lâche. La surface du renflement présentait la même apparence et la même consistance que celle de la portion du nerf située plus haut, avec conservation des enveloppes naturelles.

Comme certains auteurs ont considéré ces renflements comme de véritables névromes, l'auteur a voulu étudier leur véritable nature. Il a enlevé la portion inférieure des nerfs avec leurs renflements, et l'a divisée en quatre parties dont deux ont été durcies dans le liquide de Müller et les autres placées dans une solution faible d'acide osmique. Puis des coupes microscopiques furent faites et montées dans la glycérine ou le baume de Canada.

Une coupe transversale du nerf tibial postérieur, à un pouce au-dessus du renflement, montrait déjà quelques modifications consistant en un accroissement du tissu connectif de l'endonèvre de tous les faisceaux, d'où un épaississement des cloisons séparant les faisceaux nerveux. Sur une coupe faite juste au-dessus du renflement, les mêmes modifications s'observent à un degré plus prononcé. En outre, la gaine fibrillaire d'un grand nombre de fibres nerveuses a aussi augmenté d'épaisseur; mais les différentes parties du tissu connectif du nerf ont encore leur forme et leur distribution normales. Le périnèvre avec ses diverses couches forme toujours un anneau distinct.

L'aspect d'une coupe transversale au milieu du renflement est tout autre. Les faisceaux et leurs gaines lamellaires ont subi des modifications considérables. Les couches de tissu connectif sont confondues et ne se distinguent plus nulle part l'une de l'autre. Il y a eu prolifération du tissu connectif, entraînant le déplacement des faisceaux nerveux, dont quelques-uns sont atteints obliquement par la coupe transversale, et en même temps effacement des lignes de démarcation entre les faisceaux.

A travers le tissu connectif hyperplasié se trouvent un grand nombre de cellules proliférantes, fusiformes ou étoilées, à noyau rond ou ovale. Mais l'auteur n'a trouvé nulle part trace de dégénérescence des éléments des fibres nerveuses; leur gaine médullaire était encore noircie par une solution faible d'acide osmique. Un grand nombre de vaisseaux sanguins étaient distribués dans le tissu hyperplasié.

En conséquence, l'auteur est conduit à regarder ces renflements nerveux comme le produit d'une inflammation lente,

©BIUM

d'une hyperplasie des éléments connectifs des nerfs, due à une névrite chronique.

VII.— *Action des muscles et des nerfs;* par M. le Dr C. Heitzmann, de New-York (numéro d'avril). — En 1873, l'auteur a montré que l'élément vivant de la fibre musculaire est le réseau fibrillaire qui relie les diverses parties. La substance fluide ou mi-fluide remplissant les mailles du réseau est la partie non contractile, non vivante du protoplasma.

Dans le tissu nerveux, la partie active est constituée par les éléments ou cellules ganglionnaires distribués dans la substance grise. Le Dr Heitzmann expose les opinions émises au sujet des relations entre les nerfs et les muscles, entre autres celle de Kühne, qui regarde le muscle comme un prolongement du nerf.

La conclusion de l'auteur est que, de tous les tissus, les muscles et les nerfs sont les plus riches en matière vivante et par suite les plus actifs, puis il termine par des considérations pseudo-philosophiques où il est difficile de le suivre.

VIII. — *Du phénomène du genou dans l'ataxie locomotrice; contribution clinique;* par M. le Dr Philip. Zenner, de Cincinnati (numéro d'avril). — Relation d'un cas douteux d'ataxie locomotrice, et plus probablement de myélite diffuse, avec conservation du réflexe rotulien. Ce cas offre peu d'intérêt par suite du peu de durée de l'observation et de l'absence de l'autopsie.

IX. — *Région sensorielle du système nerveux central;* par M. le Dr Allen Harr, de New-York (numéro de juillet). — Dans ce long mémoire, l'auteur cherche à déterminer le trajet suivi par les fibres qui servent à transmettre la sensibilité générale (sensibilité tactile, à la douleur, à la température et sens musculaire), de la surface du corps à l'écorce du cerveau, et la région de l'écorce où les sensations se transforment en perceptions conscientes.

Il décrit d'abord les relations anatomiques entre la surface du corps et l'écorce du cerveau.

Les impressions sensorielles sont transmises de la surface du corps à la moelle épinière par les fibres nerveuses qui y pénètrent par les racines postérieures.

Dans la moelle, dans l'état actuel de nos connaissances, les impressions sensorielles passent par les cordons blancs postérieurs et par la substance grise.

Dans la moelle allongée, le pont de varole et les pédoncules

©BIUM

cérébraux, les fibres sensitives subissent des changements de direction et des ramifications difficiles à suivre. Là, la méthode anatomique était en défaut, l'auteur cherche à tirer des conclusions des symptômes sensitifs observés à la suite de lésions. Ces conclusions sont les suivantes :

Les lésions affectant la racine ascendante du trijumeau produisent l'anesthésie de la face du même côté que la lésion ;

Les lésions atteignant la racine descendante du trijumeau produisent l'anesthésie de la face du côté opposé à la lésion ; il y a donc décussation de la racine descendante du trijumeau dans le pont de varole.

Pour produire une altération de la sensibilité de la face, la lésion doit être située dans la partie latérale externe du corps restiforme (formation réticulaire).

Dans la moelle allongée et la protubérance, les fibres sensitives pour chaque côté du corps sont situées du côté opposé. Il n'y a pas de décussation sensitive en dehors de celle qui a lieu à la limite inférieure de la moelle allongée et celle du bord du pont de varole.

Quand il y a anesthésie d'un côté de la face, la lésion se trouve dans la moelle allongée ou le pont de varole dans le tiers externe de la formation réticulaire.

S'il y a anesthésie des membres (non due à une lésion cérébrale), la lésion se trouve dans la moelle allongée ou la protubérance dans les deux tiers internes de la formation réticulaire et du côté opposé à l'anesthésie, ou dans la moelle. S'il y a anesthésie de l'un des côtés de la face et des membres du côté opposé, la lésion affecte toute la partie latérale du corps restiforme (formation réticulaire) et se trouve dans la moelle allongée ou la protubérance au-dessous du point de jonction des racines ascendante et descendante du nerf de la cinquième paire. S'il y a anesthésie de la face et des membres du même côté, la lésion siège au-dessus du point de jonction de ces deux racines.

Les sensations de douleur sont transmises à travers la formation réticulaire et suivent le même trajet que les sensations tactiles. Il est probable que les sensations de température suivent aussi la même voie. Quant au centre vasomoteur, l'observation pathologique s'accorde avec les recherches physiologiques pour le localiser à la partie supérieure de la moelle allongée.

Le sens musculaire suit les voies sensitives qui se trouvent dans la région interolivaire et le ruban de Reil. Il doit y avoir par conséquent décussation des fibres qui servent à sa transmis-

©BIUM

sion, dans la moelle allongée en même temps que la décussation des fibres sensitives générales.

Il résulte de ce qui précède :

1° Que les voies sensitives sont dans la moelle allongée, la formation réticulaire et la région interolivaire ;

2° Dans la protubérance, la formation réticulaire et le ruban de Reil ;

3° Que les impressions sensorielles, qui se sont croisées dans la moelle, se rendent au cerveau sans traverser de nouveau la ligne médiane : ce sont les sensations tactiles, les sensations de douleur et de température ;

4° Que les impressions sensorielles, qui ne sont pas croisées dans la moelle, se croisent sur la ligne médiane dans la moelle allongée, puis montent dans le cerveau. Ce sont les sensations comprises sous le nom de sens musculaire. Les sensations conscientes ne traversent pas le cervelet pour se rendre au cerveau.

Enfin, les sensations tactiles, de douleur, de température, du sens musculaire, sont perçues dans l'écorce du cerveau. Ces perceptions ont lieu dans la substance grise des circonvolutions centrales antérieures et postérieures et des circonvolutions pariétales, les sensations de l'un des côtés du corps étant perçues d'une manière plus intense dans l'hémisphère opposé du cerveau que dans celui du même côté.

Les diverses régions sensitives pour les diverses parties du corps coïncident jusqu'à un certain point avec les divers centres moteurs pour ces mêmes parties. Mais, tandis que la région motrice est limitée aux circonvolutions centrales, la région sensitive s'étend aux circonvolutions des lobes pariétaux adjacents et des lobes postérieurs ; elle est, par conséquent, plus étendue que la région motrice.

X. — *Base anatomique et physiologique des névroses motrices de l'enfance et de la jeunesse ;* par M. le Dr Grace Peckham, de New-York (numéro de juillet). — Ce travail a pour but de montrer que les maladies nerveuses particulières à l'enfance ont une base anatomique, physiologique et psychique, qui explique la prédominance à cet âge des névroses motrices : tétanos, convulsions, chorée, épilepsie.

Les névroses sensorielles sont extrêmement rares avant l'âge de dix ans. Les convulsions constituent la maladie nerveuse la plus fréquente de l'enfant, puis vient l'épilepsie et ensuite la chorée. Les conditions anatomiques et physiologiques de cette irritabilité particulière du système nerveux dans l'enfance et la

©BIUM

jeunesse, qui se traduit surtout par des phénomènes moteurs, sont : 1° la croissance ; 2° le développement relativement considérable du système nerveux et ses relations intimes avec le reste du corps ; 3° la prédominance de l'action réflexe sur l'action volontaire ; 4° la condition instable des éléments nerveux ; 5° les particularités du système circulatoire, beaucoup plus actif chez l'enfant que chez l'adulte par suite du développement des organes.

L'auteur développe chacun de ces points en les appuyant de citations empruntées aux autorités médicales qui se sont occupées des maladies de l'enfance.

XI. — *Contribution à l'étude de l'hystérie au point de vue de la question de l'ovariotomie ;* par M. le Dr G.-L. Walton, de Boston (numéro de juillet). — Si tous les cas d'hystérie ne sont pas dus à une affection de l'utérus, comme on le croyait autrefois, il en existe un certain nombre où les symptômes nerveux sont secondaires et où la maladie pelvienne occupe le premier plan. C'est dans ces derniers cas seulement qu'il peut être question d'ovariotomie, en y joignant peut-être quelques cas, où, sans qu'il y ait maladie organique, les désordres menstruels sont la source des accidents nerveux. L'auteur est porté à attribuer les phénomènes hystériques à des troubles vasomoteurs du cerveau qui se prêtent bien à l'explication du phénomène du transfert. Cette expérience permettrait peut-être d'aider le diagnostic différentiel des deux groupes d'hystériques, le transfert étant empêché par l'irritation pelvienne qui maintient le spasme vasculaire d'un côté, tandis que, dans les cas d'hystérie purement nerveuse, la susceptibilité vasomotrice est à peu près la même des deux côtés.

L'auteur rapporte un cas à l'appui de sa théorie et conclut en faveur de l'ovariotomie quand l'hystérie est due à une irritation des ovaires.

XII. — *Folie morale, en quoi consiste-t-elle?* par M. le Dr James-G. Kiernan, de Chicago (numéro d'octobre). — La question de la folie morale est toujours l'objet de discussions interminables en Amérique. Son importance au point de vue médico-légal explique jusqu'à un certain point l'ardeur de la polémique à ce sujet. Il s'agit, en somme, de la responsabilité des maniaques malfaisants, et les décisions des juges dans quelques cas célèbres ont été blâmées ou approuvées par les aliénistes, suivant qu'ils étaient partisans ou non de la théorie de la folie morale.

©BIUM

L'auteur expose successivement les arguments des partisans et des adversaires de la théorie. Pour les premiers, la folie morale est la suite d'une maladie congénitale ou acquise supprimant la responsabilité ; pour les seconds, au contraire, ce n'est qu'une folie feinte servant à pallier des crimes qui, sans elle, seraient inexcusables.

Il nous est impossible de suivre l'auteur dans ces nombreuses citations et déductions. Disons seulement qu'il est partisan de la doctrine de Pritchard, en tant qu'elle concerne les cas où le sens moral a été détruit par une maladie ou est absent depuis la naissance ; il préférerait le terme d'imbécillité morale.

XIII. — *Relation d'un cas de perte subite de la vue à la suite de l'anesthésie du trijumeau, avec remarques relatives à la modification apportée par l'anesthésie aux réactions galvaniques des sens spéciaux ;* par M. le Dr F. Belton Massey, de Philadelphie (numéro d'octobre). — Il s'agit d'un fermier de quarante-huit ans, ni syphilitique, ni alcoolique, mais fumant beaucoup. Il fut piqué, il y a deux ans, par une abeille sur la joue gauche, et fut tout étonné de ne ressentir aucune douleur. A partir de ce moment, il s'aperçoit que la moitié gauche de la face est complètement engourdie. Pendant deux ans l'engourdissement augmente et est accompagné de lourdeurs et de douleurs, surtout du côté gauche, s'étendant parfois à toute la tête. Au bout de deux ans, l'acuité visuelle de l'œil gauche diminue rapidement et il devient complètement aveugle de ce côté. L'examen ophtalmoscopique montre une atrophie de la papille. On donna des doses croissantes d'iodure de potassium, puis de petites doses de sublimé.

Un an après, le 8 février 1884, la vision baissa du côté droit et, au bout de huit jours, le patient était complètement aveugle. L'ophtalmoscope ne montre pas de modifications sensibles, sauf peut-être une certaine congestion des vaisseaux de la rétine. Au-dessus de l'œil gauche il y avait une région ovale de 4 centimètres de long sur 3 de large, qui était partiellement anesthésiée. Une aiguille enfoncée dans la peau à ce niveau était sentie, mais sans douleur. L'anesthésie diminuait graduellement à la périphérie.

Les sensations galvanique et faradique étaient diminuées ; aucune sensation lumineuse n'était produite par les plus forts courants supportés. Les applications faites sur divers points de la sphère du trijumeau des deux côtés étaient également sans effet.

©BIUM

Aujourd'hui (1er juin 1884), le malade a suivi pendant deux mois un traitement consistant dans l'application de courants interrompus sur les deux yeux et la région anesthésiée, et en doses croissantes de sulfate de strychnine. Comme résultat, il y a accroissement marqué de la sensibilité au-dessus de l'œil gauche, et parfois des sensations électriques lumineuses. Avec le rétour de la sensibilité, il a fallu un moins grand nombre d'éléments de la batterie pour produire le vertige et la sensibilité tactile électrique. Au début, le vertige n'était obtenu qu'avec trente-cinq éléments sur la région anesthésiée, tandis que douze éléments suffisaient sur le côté opposé du front.

XIV. — *Sur la production artificielle d'accès convulsifs ;* par MM. les Drs Francis-X. Dercum et Andrew-J. Parker, de l'Université de Pensylvanie (numéro d'octobre). — Les expériences des auteurs leur ont été suggérées par certains phénomènes observés pendant les expériences de tables tournantes. Ils ont cherché à reconnaître la nature exacte de certains accès convulsifs qui se produisent pendant ces expériences. Il s'agit là d'un état nerveux qui diffère de l'hypnotisme et n'a que peu de facteurs communs avec lui. En soumettant un muscle ou un groupe de muscles à un effort constant et précis, et en concentrant l'attention sur un sujet déterminé, il se produit plus ou moins rapidement des tremblements de plus en plus intenses, les autres muscles sont successivement affectés, et souvent il se produit finalement des convulsions générales.

Les observations des Drs Dercum et Parker les ont conduits aux résultats suivants : Il n'y a pas de troubles de la sensibilité ; les troubles moteurs constituent le symptôme prédominant. La respiration et la phonation peuvent être affectées ; l'appareil circulatoire est profondément atteint. Relativement aux sécrétions, ils n'ont remarqué que des transpirations profuses et un écoulement de larmes. Les réflexes sont notablement exagérés.

Quant aux phénomènes psychiques, il n'y a pas altération de la conscience, mais la volonté est paralysée peu à peu et finit par n'avoir plus aucun contrôle sur l'accès. Cet état paraît être contagieux, les personnes faibles et nerveuses sont plus facilement affectées que les autres. Ce mémoire est suivi d'un graphique de ces mouvements artificiels qui paraissent avoir des rapports avec certaines affections nerveuses.

XV. — *Le cas de Joseph Taylor, aliéné convaincu de meurtre au premier degré ;* par M. le Dr Charles-K. Mills, de Philadel-

©BIUM

phie (numéro d'octobre). — Ce cas a été l'objet de discussions ardentes parmi les aliénistes américains. Le 13 octobre 1884, un nommé Joseph Taylor fut condamné par le tribunal de Philadelphie, comme convaincu de meurtre au premier degré. Cependant la défense avait allégué la folie. C'était, d'après l'auteur et plusieurs de ses collègues, un maniaque halluciné du type criminel. Il était atteint du délire des persécutions et convaincu de l'injustice des condamnations qu'il avait subies auparavant. Le Dr Mills discute longuement ce cas, cite l'opinion de plusieurs aliénistes et conclut en disant qu'au point de vue de la science Taylor ne pouvait pas être regardé comme responsable. Quand on invoque la nécessité de l'exemple, il trouve monstrueux de pendre un homme irresponsable sous un prétexte utilitaire.

XVI. — *Absurdités de la loi ressortant du cas de Taylor ;* par M. le Dr H.-C. Wood, professeur à l'Université de Pensylvanie (numéro d'octobre). — Encore le cas de Taylor. Cette fois l'auteur se place à un autre point de vue que le précédent. D'abord il blâme la jurisprudence de Pensylvanie, d'après laquelle un médecin, qui ne serait pas admis à signer un certificat d'admission dans un asile d'aliénés, peut être nommé expert et donner un avis qui entraîne la peine capitale. Il ne refuse pas à la société de se protéger et de prendre même la vie du fou dangereux, mais il trouve barbare de torturer publiquement la victime et d'infliger à sa famille une marque d'infamie. Il voudrait une mort sans douleur et sans l'horreur de l'attente, et que le juge dise franchement : « Cet homme irresponsable doit être mis à mort pour la protection de la société. »

ANNÉE 1885

I. — *Tumeur du cervelet avec hémi-anopsie monoculaire ;* par M. le Dr J.-T. Eskridge, de Philadelphie (numéro de janvier). — Cette tumeur, qui était un sarcome à cellules fusiformes, était située sur la face supérieure de l'hémisphère droit du cervelet, et avait la grosseur d'un marron d'Inde.

Les symptômes constatés pendant la vie furent : une céphalalgie constante siégeant plus particulièrement au sommet de la tête, des vomissements qui pouvaient être confondus avec ceux d'une grossesse en voie d'évolution, des sensations de vertige dans la station debout, une sorte d'incoordination des

©BIUM

mouvements dans les membres inférieurs avec une faiblesse musculaire marquée dans les membres droits.

En même temps que ces symptômes, dont la plupart paraissent se rapporter à la tumeur cérébelleuse, la malade présentait une hémi-anopsie externe de l'œil gauche seulement. L'auteur, se basant sur les recherches physiologiques de Ferrier, Munk, Wernicke et Stilling, croit pouvoir rattacher ce dernier symptôme à la pression que la tumeur devait exercer sur le lobe occipital de l'hémisphère cérébral droit. Malheureusement, l'autopsie qui fut faite, et dans laquelle ni les nerfs optiques ni les yeux ne furent même examinés, est trop incomplète pour qu'on puisse en tirer une conclusion rigoureuse et enlève à cette argumentation beaucoup de sa valeur.

Ayant pris avec soin, dans le cours de la maladie, la température des parois crâniennes en la comparant à la température axillaire, le Dr Eskridge fait remarquer en terminant que ses observations, dans ce cas, confirment les conclusions qu'il a déjà émises dans un travail précédent sur les maladies cérébrales, à savoir : qu'une haute température cérébrale persistant longtemps, tandis que la température axillaire est normale ou abaissée, indique une lésion organique du cerveau ou de ses enveloppes, sans pourtant permettre encore de localiser la lésion d'une façon plus précise.

II. — *Cas de paraplégie douloureuse.— Mort. — Autopsie montrant un sarcome des vertèbres;* par M. le Dr G.-W.-H. Kemper, de Muncie, Indiana (numéro de janvier). — Femme de quarante-quatre ans, de faible constitution. Elle eut d'abord plusieurs tumeurs cancéreuses des seins, puis on observa une légère saillie des huitième et neuvième vertèbres dorsales. Symptômes d'irritation spinale; perte progressive des mouvements; douleurs dans l'épaule droite, les espaces intercostaux et la région lombaire ; douleurs névralgiques dans diverses parties du corps. L'auteur diagnostiqua une paraplégie douloureuse, due à une compression de la moelle par un tissu cancéreux développé dans les vertèbres. Dyspnée, accroissement des symptômes de paralysie, œdème des extrémités inférieures, etc. Mort.

Les vertèbres suspectes furent enlevées quelques heures après la mort et examinées au microscope. Il s'agissait d'un sarcome alvéolaire; les cloisons étaient formées par des cellules fusiformes et les espaces intermédiaires occupés par des cellules rondes.

©BIUM

III. — *Accusations hystériques. — Analyse du cas d'Emma Bond;* par M. J.-G. Kierman, de Chicago (numéro de janvier). — A propos du cas d'Emma Bond, l'auteur rapporte quelques observations d'hystériques disant avoir subi des violences qu'elles se sont faites elles-mêmes ou qui n'ont existé que dans leur imagination. Le cas d'Emma Bond rentre dans cette catégorie et ne présente pas un intérêt spécial; il n'a fait tant de bruit qu'à cause du scandale qui en est résulté, et qui aurait été évité si la pauvre fille avait été examinée, de suite après le prétendu outrage, par un médecin sensé.

IV. — *Sur l'emploi du galvanomètre absolu, avec description du nouvel instrument de Hirschmann;* par M. le Dr B. Sachs, de New-York (numéro de janvier). — L'introduction d'une unité de force du courant électrique en Angleterre, en Allemagne et en France, a reçu l'approbation générale. En Amérique, on a procédé jusqu'ici un peu au hasard, se contentant de noter le nombre des éléments des batteries que l'ont met en activité. Le galvanomètre ordinaire est insuffisant, la déviation de l'aiguille n'étant pas proportionnelle à la force du courant. Aussi l'auteur est-il partisan de l'adoption d'un galvanomètre absolu. Il propose de prendre pour unité le milliampère adopté en Europe. Quant au galvanomètre à indications absolues, l'auteur décrit celui d'Hirschmann, de Berlin, dont il se sert depuis un an et qui lui a rendu d'excellents services. Une figure intercalée dans le texte représente ce galvanomètre.

V. — *De l'épilepsie;* par M. le Dr L.-W. Baker, de Badwinville, Massachussets (numéro de janvier). — Les observations nécroscopiques n'ont pas donné jusqu'ici beaucoup de résultats relativement à l'épilepsie. Les modifications histologiques constatées doivent le plus souvent être considérées comme les conséquences plutôt que les causes de la maladie.

L'observation clinique a réuni de nombreux faits, et diverses opinions ont été émises pour expliquer les symptômes. L'auteur voudrait que l'on réservât le nom d'épilepsie pour les cas où l'affection est purement nerveuse, et qu'on les distinguât des attaques épileptiformes dues à une lésion organique ou à un traumatisme. Malheureusement, cette distinction n'est pas toujours possible.

L'intelligence et la motilité sont généralement affectées quand la maladie a duré longtemps. La tendance aux affec-

©BIUM

tions mentales est surtout prononcée dans les cas qui commencent avec la première enfance.

Quant au traitement de l'épilepsie, l'auteur ne croit pas que les résultats en soient aussi décourageants qu'on l'a dit. Naturellement le pronostic est d'autant meilleur que le traitement est commencé plus tôt. On ne doit pas oublier non plus que, pour réussir, il faut continuer le traitement longtemps après la cessation des attaques. Le mieux serait d'avoir des établissements spéciaux pour ces malades, afin de pouvoir contrôler l'administration des remèdes et les résultats acquis. Il y a des cas d'épilepsie qui sont guérissables, d'autres, en bien plus grand nombre, qui peuvent être notablement améliorés; un traitement convenable, amenant la diminution de la fréquence et de l'intensité des attaques, peut souvent s'instituer.

Les bromures rendent de bons services, à condition de ne pas procéder d'une façon routinière. Il faut étudier toutes les particularités du cas, chercher à découvrir et à combattre les causes qui provoquent les attaques. Il n'est pas rare que les convulsions soient sous la dépendance d'irritations périphériques : phimosis congénital, lésions nerveuses, indigestions, etc. On devra porter son attention de ce côté et, d'une manière générale, sur toutes les influences hygiéniques.

VI. — *Méthodes de coloration du tissu nerveux;* par M. le Dr Allen Starr, de New-York (numéro d'avril). — L'auteur décrit quelques-unes des méthodes nouvelles de coloration du tissu nerveux, publiées en Europe et notamment en Allemagne : méthodes de Weigert, par l'hématoxyline et par la solution acide de fuchsine; méthode de Séguin, par le bleu d'aniline; méthode de double coloration de Sahli, par le bleu de méthyle et la solution acide de fuchsine. Il fait l'éloge de ces méthodes et surtout des deux premières, dont il regarde l'introduction dans les laboratoires américains comme indispensable pour les études pathologiques.

VII. — *Du massage dans les maladies nerveuses. — I. Physiologie;* par M. le Dr George-W. Jacoby, de New-York (numéro d'avril). — L'auteur fait d'abord l'historique de la question du massage. Il s'occupe ensuite de ses effets physiologiques. Son action est directe et indirecte.

L'influence directe du massage est une stimulation des nerfs ou des muscles (action excitante), ou une dépression des nerfs ou des muscles (action sédative).

L'influence indirecte résulte de l'action, sur le système lym-

©BIUM

phatique, de l'action locale et générale sur la circulation et de l'action réflexe.

Action sur le système lymphatique : Le massage accélère la circulation lymphatique ; il produit ou favorise l'absorption des produits pathologiques qui sont poussés dans les voies lymphatiques centripètes.

Action sur la circulation : 1° Le massage a une influence sur l'afflux du sang ;

2° Exécuté pendant une courte période de temps, il amène jusqu'à un certain point la contraction des vaisseaux et par suite une anémie locale ;

3° Le massage prolongé donne lieu à une dilatation des parois vasculaires et, par suite, d'une hyperémie locale ;

4° Il agit sur la circulation générale, par accroissement ou diminution réflexe du pouvoir contractile des capillaires, et par suite augmente ou diminue la rapidité de la circulation.

Action sur les nerfs : Après avoir rappelé les expériences de Tigerstedt, relativement à l'excitation mécanique des nerfs, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° Un léger tapotement augmente l'irritabilité des nerfs ;

2° Le tapotement rapide augmente la contractilité des muscles ;

3° Le tapotement lent et énergique produit l'épuisement du nerf.

Quant à la pression ou extension, elle augmente jusqu'à un certain point l'irritabilité du nerf ; au delà de ce point, elle la diminue ou la supprime. L'effet produit dure quelque temps après l'arrêt de la manipulation.

Action sur les muscles : En dehors de l'action indirecte par l'intermédiaire du nerf et de l'accroissement de nutrition qui résulte d'une circulation plus active, le massage exerce une influence sur le pouvoir contractile des fibres musculaires elles-mêmes.

Le Dr Jacoby rappelle les expériences de Schiff, Auerbach, Danilewsky, dit quelques mots des passes hypnotiques et termine par les remarques au sujet du massage du cou : son action est surtout déplétive et très énergique par suite de la disposition du système veineux dans cette région. Il produit une dérivation générale sur le cerveau et ses enveloppes, et amène rapidement une diminution de la pression du sang dans le crâne. Son action correspond, d'une manière générale, à celle de la compression de la carotide.

©BIUM

VIII. — *Race et folie;* par M. le Dr Jas.-G. Kiernan, de Dunning, Illinois (numéro d'avril). — *Race nègre.* — La race nègre, en Amérique, a passé subitement de l'esclavage à un haut degré de civilisation pour lequel elle n'était pas préparée; de là un état mental déséquilibré, qui se traduit dans la statistique de la folie par une proportion trois fois plus forte de nègres que de blancs. Les nègres aliénés, observés par le Dr Kiernan, sont ceux du comté de Cook. La folie épileptique paraît prédominer chez les négresses; la démence paralytique est fréquente chez les hommes. A New-York, elle l'est beaucoup moins; l'auteur attribue ce fait à ce que la lutte du nègre pour l'existence en face des blancs est beaucoup plus âpre à Chicago qu'à New-York.

Parmi les phénomènes psychiques présentés par les nègres, on trouve le retour aux superstitions de Voudor et des attaques de fureur génitale. Les idées concernant le « *hoodoïsme* » ne constituent pas, à proprement parler, une forme de délire, mais sont le résultat d'un affaiblissement mental. Le Dr Kiernan cite des cas où la fureur génitale ressemblait à celle que l'on observe chez les cynocéphales. Il a observé aussi des hallucinations visuelles, mais ne jouant qu'un rôle secondaire. Les douleurs névralgiques sont attribuées souvent par les malades à des influences occultes; l'influence des superstitions de la race est manifeste dans ces cas.

IX. — *Anatomie pathologique de l'ataxie locomotrice aiguë;* par M. le Dr L. Putzel (numéro d'avril). — Observation d'un homme de trente-cinq ans, dont la maladie remonte à neuf mois. Elle a débuté par un ptosis de l'œil droit avec diplopie. Peu de temps après, douleurs lancinantes dans les bras et les jambes. Au bout de quelques semaines, les douleurs et la faiblesse des jambes obligent le malade à quitter son travail. Trois mois après, il devient si faible qu'il ne peut plus marcher, et il a de la peine à retenir son urine.

Au moment de son entrée, il a la marche caractéristique de l'ataxique, il chancelle sitôt qu'il ferme les yeux. Anesthésie et analgésie au-dessous du triangle de Scarpa des deux côtés; les réflexes rotuliens sont absents. Léger trouble de coordination des membres supérieurs et engourdissement des doigts. Ptosis partiel de l'œil droit, les deux pupilles très dilatées ne réagissent qu'imparfaitement à la lumière. Sens spéciaux normaux.

Un mois après, la force musculaire des membres inférieurs

©BIUM

s'est améliorée malgré un état général de plus en plus mauvais, mais les troubles de coordination se sont aggravés. Le ptosis a disparu presque entièrement, la vue est restée normale.

Le malade meurt quatre mois après son entrée à l'hôpital, sans avoir présenté de nouveaux symptômes nerveux, ni une diminution plus marquée de la force musculaire des membres.

L'autopsie montra une sclérose des cordons postérieurs dans toute leur étendue avec prolifération des éléments conjonctifs des autres parties de la moelle, à l'exception de la substance grise, qui paraît tout à fait normale. En outre, les vaisseaux sanguins des cordons postérieurs sont fortement dilatés et leurs parois épaissies, notamment l'adventice où les noyaux se sont multipliés d'une manière excessive.

Le Dr Putzel conclut que la maladie était primitivement une myélite diffuse, et que l'inflammation a disparu dans toutes les parties de la moelle, sauf dans les cordons postérieurs où elle a continué à progresser en donnant lieu aux symptômes typiques de l'ataxie locomotrice.

X. — *Comment une lésion du cerveau donne lieu à l'altération de la conscience connue sous le nom d'aphasie sensorielle;* par M. le Dr Morton-Prince, de Boston (numéro de juillet). — Après avoir rappelé la découverte de Broca et les divers types d'aphasie, l'auteur fait remarquer que la faculté du langage est une fonction complexe, demandant la coopération de trois fonctions distinctes :

1° L'audition des mots; une personne peut être sourde pour les mots, tout en entendant les autres sons;

2° Une intelligence normale pour combiner les mots aux idées;

3° La coordination des impulsions motrices avec les muscles de l'appareil du langage.

L'observation clinique montre que ces facultés sont distinctes, et que l'une peut être perdue, tandis que les deux autres sont conservées. On est donc conduit à admettre un centre acoustique pour les mots, un centre moteur pour les muscles du langage et un centre d'association intellectuelle des mots. Si le centre moteur est affecté, il en résulte l'aphasie motrice ataxique ou aphasie de Broca; si c'est le centre acoustique, on a une aphasie sensorielle.

L'aphasie motrice est la plus commune. L'auteur rapporte un cas dans lequel il y avait perte du langage volontaire, de la faculté de répéter les mots, de lire à haute voix, d'écrire

©BIUM

soit spontanément, soit sous la dictée, avec conservation de la perception du langage articulé et écrit.

Le Dr Prince reproduit le diagramme de Lichtheim qui permet de se rendre compte des divers genres d'aphasie, dont il prétend pouvoir distinguer sept types, correspondant à une affection de chacun des trois centres, de leurs liaisons réciproques et de la lésion du centre moteur avec les nerfs moteurs du langage.

A propos de l'aphasie sensorielle, l'auteur termine par une longue digression philosophique sur les rapports du corps et de l'esprit, et dans laquelle il est difficile de le suivre.

XI. — *Cas de lésions destructives de l'étage supérieur des pédoncules cérébraux, de la couche optique et de la région sous-thalamique de l'hémisphère gauche et du corps strié de l'hémisphère droit, sans trouble apparent de la sensibilité ni de la motilité;* par M. le Dr H.-D. Schmidt, de New-Orléans (numéro de juillet). — A l'autopsie d'un homme qui, pendant la vie, n'avait présenté aucun trouble de la motilité, de la sensibilité ni autres troubles nerveux (on n'avait remarqué qu'une émaciation croissante et une débilité extrême), le Dr Schmidt a trouvé des lésions, dont les principales s'étendaient du quatrième ventricule aux couches optiques des deux hémisphères et à la région sous-thalamique de l'hémisphère gauche. La dégénérescence avait commencé dans le cerveau et s'était propagée en bas à travers les pédoncules et la protubérance à la moelle allongée, en laissant toutefois une quantité de substance suffisante pour permettre le passage de l'énergie motrice, ce qui expliquerait l'absence de paralysie.

Ce cas ne présente qu'un intérêt restreint par suite de l'insuffisance de l'observation clinique et des conditions défectueuses dans lesquelles s'est fait l'examen nécroscopique.

Dr Albert Carrier.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

Études cliniques sur les maladies mentales et nerveuses; par M. le Dr Jules Falret, médecin de la Salpêtrière, président de la Société médico-psychologique. 1 vol. in-8°. J.-B. Baillière; Paris, 1890.

Voici un livre que tous les aliénistes accueilleront avec joie. Tous apprécient à sa haute valeur le nom de l'auteur; tous connaissent ses travaux qui, depuis plus de trente-cinq ans, ont puissamment contribué au progrès de la médecine mentale et à l'éducation de plusieurs générations de spécialistes. Certains même doivent à ces travaux plus qu'ils ne le croient, ayant puisé ailleurs et de seconde main, des idées qu'ils seront peut-être surpris de retrouver ici portant le nom de leur véritable père et la date exacte de leur naissance.

Le livre est dédié aux trois maîtres de l'auteur en aliénation mentale : d'abord, son père, J.-P. Falret; puis, Morel et Lasègue : trois morts bien vivants, puisque de leurs idées, ils alimentent nombre de polémiques très contemporaines. Lasègue et Morel furent, comme M. Jules Falret et dans le vrai sens du mot, les *élèves* de Falret père. Avoir formé de tels disciples n'est pas la moindre gloire de ce savant maître, dont les travaux ont exercé une si grande influence et qui, peut-être et très injustement, est un peu négligé aujourd'hui.

M. Jules Falret indique, dans une courte préface, quels sont le but et la composition de l'ouvrage : « En 1864, dit-il, « mon père, arrivé au terme de sa carrière, a voulu réunir en « un volume les travaux qu'il avait publiés à diverses époques « et faire connaître à une génération nouvelle des idées qui « n'avaient pas été sans influence sur le développement de « notre science spéciale.

« A son exemple, j'ai pensé faire une œuvre utile en repre- « nant les divers mémoires que j'ai disséminés, depuis vingt- « cinq ans, dans les *Archives de médecine* et dans les *Annales* « *médico-psychologiques*, et je me décide à en présenter aujour- « d'hui l'ensemble au lecteur. J'ai reproduit à peu près textuel-

©BIUM

« lement le texte original, et j'ai indiqué la date et le lieu de « la publication première, etc. »

Je regrette que le cadre bibliographique des *Annales* ne permette pas une analyse détaillée de ces divers mémoires qui touchent à presque toutes les branches de l'aliénation mentale; chacun d'eux marque une étape et a réalisé une *acquisition* pour l'histoire clinique du sujet qu'il traite. C'est trop peu qu'une mention brève pour ces belles études sur la paralysie générale — (n'oublions pas que nous sommes de 1853 à 1858) — qui ont fixé nos idées sur *la marche* de la maladie; — sur ses *variétés* habituelles : variétés congestive, paralytique, mélancolique, expansive; — sur *les caractères du délire* dans la folie paralytique, caractères que l'auteur résume dans une heureuse formule « *en disant que les idées délirantes des paraly-* « *tiques généraux sont multiples, mobiles, non motivées et con-* « *tradictoires entre elles* »; — sur les diverses paralysies que l'on pourrait confondre avec la véritable paralysie générale, et sur les difficultés du diagnostic différentiel; etc., etc.

Quelques pages plus loin, viennent une « *étude critique des théories physiologiques de l'épilepsie* » et ce beau mémoire sur « *l'état mental des épileptiques* ». Il n'est pas permis d'ignorer ce mémoire. M. Jules Falret y étudie avec un soin tout particulier le point qui intéresse plus spécialement la pathologie mentale et la médecine légale, c'est à savoir « *les accès de dé-* « *lire se produisant chez des individus dont l'épilepsie est* « *méconnue ou n'existe réellement pas au moment où l'on* « *observe ces malades* ». Ainsi séparés, et, en apparence, indépendants des accidents convulsifs, ces accès délirants constituent ce que l'auteur appelle *le petit mal intellectuel des épileptiques*, dénomination qui est restée dans la science. Par une analyse pénétrante, M. J. Falret démontre qu'en présence de cas semblables, on doit et on peut « *intervertir l'ordre géné-* « *ralement adopté; au lieu de conclure de l'épilepsie au délire,* « *on doit chercher à remonter du délire à l'épilepsie* ».

L'étude sur « *les troubles du langage et de la mémoire des* « *mots dans les affections cérébrales* », en outre de l'intérêt qui s'attache aux faits très nombreux que l'on y trouve rapportés, donne lieu à un rapprochement instructif. Elle a paru dans les *Archives générales de médecine*, en mars 1864, — l'année même où Trousseau publiait ses leçons sur l'aphasie, moins de trois ans après le travail de Broca sur l'aphémie, — déjà l'on y rencontre, distinguées par leur caractéristique, des

©BIUM

séries de faits correspondant à ce que, plus tard, on appellera *aphasie motrice, agraphie, cécité* et *surdité verbales*.

Le premier travail d'ensemble sur la *folie à deux*, écrit en collaboration par M. Jules Falret et par Lasègue, avait sa place marquée dans ce volume. La lecture en est d'autant plus instructive que la plupart des nombreux travaux publiés depuis sur le même sujet ne sont qu'un reflet de ce mémoire originel, où les conditions de développement de la *folie communiquée* sont lumineusement exposées d'après les données positives de la psychologie et de la clinique.

Un autre mémoire est consacré à la *folie circulaire;* ce type morbide, dont la création est due à Falret père et à M. Baillarger, s'y trouve très complètement étudié, dans sa symptomatologie comme dans ses diverses variétés : *circulaire vraie, double forme, formes alternes*.

Dans les études sur la *folie raisonnante* ou *folie morale*, M. J. Falret montre qu'à cette désignation correspond, non une *entité* pathologique, mais un *groupe* très complexe; de ce cadre trop vaste il fait sortir plusieurs types cliniques, parmi lesquels il faut mentionner, comme ayant reçu plus particulièrement droit de cité en médecine mentale, l'*exaltation maniaque*, — l'*hypocondrie morale avec conscience de son état (mélancolie avec conscience des auteurs)*, — et enfin cet état intellectuel bizarre, indiqué déjà par Falret père sous le nom de *Folie du doute;* M. J. Falret, introduisant dans la description de cet état particulier un élément qui s'y rencontre toujours à quelque degré, c'est-à-dire *l'horreur de certains contacts*, dénomme l'affection « *aliénation partielle avec prédominance de la « crainte du contact des objets extérieurs* ». Cette description, Legrand du Saulle devait la reprendre plus tard sous la formule plus concise de « *Folie du doute avec délire du toucher* ».

Un discours prononcé en 1860, à la Société médico-psychologique, sur les « *Principes à suivre dans la classification des maladies mentales* », et qui ouvre le volume, tire un nouvel intérêt d'actualité des récentes discussions à la même Société et au Congrès de médecine mentale.

Aucun de ces travaux, d'ailleurs, malgré leur date plus ou moins ancienne, n'a sensiblement vieilli, pas plus que n'ont vieilli les solides études cliniques de Duchenne (de Boulogne) et les brillantes descriptions de Trousseau; pas plus que n'a vieilli le *délire des persécutions* de Lasègue. Au-dessus des théories plus ou moins ingénieuses, qui durent l'espace... d'une

©BIUM

génération médicale, s'élève l'exacte observation clinique qui, elle, est sûre de l'avenir parce qu'elle est la vérité. C'est pourquoi tous les amis de notre spécialité sauront gré à M. Jules Falret d'avoir réuni en volume, pour les livrer au grand public médical, ces substantielles études cliniques trop modestement restées jusqu'ici dans l'ombre discrète des revues spéciales. En relisant ces mémoires ainsi rapprochés, ils pourront plus aisément comparer la vérité d'hier à celle d'aujourd'hui, mesurer le peu de chemin parcouru et apprécier toute la portée de ces paroles, qui terminent la préface écrite par l'auteur en septembre 1889 : « *Nous ne sommes pas encore arrivés à l'époque des formules* « *définitives et d'une systématisation générale. Gardons-nous* « *donc, par-dessus toute chose, d'un dogmatisme prématuré et* « *des formules trop arrêtées d'une science encore incomplète.* « *Évitons surtout de nous renfermer dans un cercle d'idées* « *trop étroit, qui arrêterait le mouvement de la science au lieu* « *de le favoriser, et ne promulguons pas les dogmes d'une* « *petite église exclusive et systématique, qui, en excommuniant* « *tous les dissidents comme des hérétiques, enrayerait la* « *marche de la science, au lieu de contribuer à son avan-* « *cement et à ses progrès!* »

Un souhait, ou plutôt une sommation, respectueuse, en terminant. L'éditeur nous annonce, comme étant *sous presse*, un second volume de M. Jules Falret : « *Les aliénés et les asiles d'aliénés;* » ce volume recevra certes le même accueil empressé que son aîné. Mais tous ceux qui s'intéressent aux choses de la médecine mentale sont encore plus exigeants. Ils n'ont pas perdu le souvenir de certaines leçons cliniques faites à l'École pratique et, plus récemment, à la Salpêtrière; ils estiment qu'il y aurait grand profit pour les jeunes, et même pour les autres, à connaître complètement ces leçons. Comme noblesse, science oblige; M. Jules Falret ne peut vraiment pas se soustraire à cette obligation, et il *nous doit* la publication de ses leçons cliniques.

L.-F. ARNAUD.

Dégénérescence et Criminalité. Essai physiologique; par M. CH. FÉRÉ, médecin de Bicêtre. 1 vol. in-18° de la *Bibliothèque philosophique contemporaine*. Paris. Félix Alcan, édit., 1888.

La société est basée sur la solidarité, sorte d'assurance mutuelle garantissant à chacun la sécurité de sa personne et de

©BIUM

ses produits. La société, c'est-à-dire tous les citoyens, doit protéger chacun de ses membres, et, si elle ne peut prévenir toute nuisance, elle doit l'indemnité au citoyen lésé par le fait d'un autre membre de la société. De ce premier principe en découle un second : Tout citoyen a droit à la liberté personnelle, dans la limite où cette liberté n'est pas nuisible à autrui. Il peut satisfaire ses tendances tant que cette satisfaction ne porte pas préjudice à la Société.

Dans les premières sociétés, il était difficile d'appliquer le principe de réparation envers le lésé ; on y suppléa par la vengeance individuelle, chose antisociale et qui a servi de base au droit de punir.

Le principe d'intimidation, comme moyen d'appuyer l'utilité dans le milieu, laquelle est la morale naturelle, s'est étayé plus tard sur l'existence imaginaire d'une divinité capable de récompenser et de punir, et au nom de laquelle on réputa crimes, non seulement les actes nuisibles à la société, mais aussi ceux qui déplaisaient aux soi-disant mandataires de la divinité. La morale naturelle se trouva ainsi sacrifiée à une morale artificielle basée sur l'intérêt de la classe qui gouvernait. (Gouvernement théocratique.)

Puis naquirent les conceptions métaphysiques d'âme immortelle, de responsabilité morale, de libre arbitre, qui tantôt atténuèrent, tantôt aggravèrent la sévérité des peines, mais qui provoquèrent logiquement l'idée de l'irresponsabilité des criminels dans certaines circonstances. L'aliéné criminel ne jouissant pas de son libre arbitre devint un irresponsable. On en est arrivé de nos jours à établir des degrés dans ce qu'on appelle la liberté morale ou le libre arbitre, et les médecins, mesurant la dose de libre arbitre d'un criminel ou d'un délinquant, le déclare soit tout à fait irresponsable, soit responsable dans une certaine mesure seulement.

Mais qu'est-ce que le libre arbitre? — Une simple illusion. La volonté, ou du moins l'actuation, car la volonté n'est que l'état de conscience de l'actuation, l'actuation donc est la résultante nécessaire d'un conflit de mobiles divers très complexes, mobiles inhérents à l'organisme même ainsi qu'aux conditions extérieures. Les plus forts l'emportent nécessairement, et comme le conflit est souvent inconscient ou à peu près, il en résulte l'illusion du libre arbitre.

En réalité, le criminel vrai, le criminel né, ne diffère en rien objectivement du criminel aliéné. L'école anthropologiste n'a

©BIUM

pas réussi à établir le type criminel né, ni au physique, ni au moral. Aucun des caractères qu'elle a signalés n'est pathognomonique, et l'ensemble de ces caractères ne permet pas, tant s'en faut, d'affirmer que le sujet qui le présente a commis ou commettra un crime. Le seul caractère objectif du criminel est l'acte.

La phrase célèbre de Maudsley n'indique réellement aucune limite précise entre le crime et la folie, puisque le crime est sur une rive, la folie sur l'autre, et que tous deux sont reliés par une gradation insensible.

Le crime comme le vice, comme la folie, est un fait de dégénérescence, d'inaptitude à l'adaptation au milieu. Tout le fait voir : l'hérédité, hérédité non pas similaire et directe, pas plus que celle de la folie du reste, mais offrant avec elle les plus fortes analogies, l'influence des occasions, etc.

On a voulu voir dans la criminalité un fait d'atavisme, mais ce n'est là qu'une hypothèse. La vérité est que les criminels sont des dégénérés.

Mais les dégénérés sont des nuisibles au point de vue social. En effet, toute destruction sans transformation ultérieure d'une chose utile à l'homme constitue pour l'humanité une perte. L'homme actif qui consomme sans produire vit aux dépens des produits d'autrui. « Tout ce qui détruit, depuis l'oisiveté passive jusqu'aux appétits les plus monstrueux, constitue une perte, et tout auteur d'un acte de ce genre est un nuisible. »

Les nuisibles ou antisociaux peuvent être divisés en improductifs et en destructeurs ; mais ils sont tout aussi dangereux pour l'humanité les uns que les autres. « L'oisiveté n'est pas plus légitime que l'incendie. »

Les antisociaux oisifs, impotents, aliénés, vicieux, criminels, sont tous des dégénérés. Ce sont les déchets, mais en même temps les conséquences fatales de l'évolution de la société, et il serait, par conséquent, injuste d'avoir pour eux de la haine ou de la colère ; mais il est nécessaire, sous peine de déchéance et même de disparition de la race, de se prémunir contre leur danger et de les empêcher de se propager. Les types zoologiques n'ont pu, à travers les siècles, se maintenir jusqu'à présent que parce que les dégénérés, les espèces incapables de s'adapter au milieu, ont succombé. « Il faut que le faible périsse, telle est la loi fatale. »

J'ai, jusqu'à présent, analysé succinctement la plus grande

©BIUM

partie du livre de M. Féré. J'ai exposé ses prémisses, il me reste à parler de ses conclusions.

Eh bien! ces conclusions pèchent au point de vue de la logique, elles ne sont pas la conséquence des prémisses. — En effet, puisque les dégénérés, dont le nombre va toujours croissant par suite des progrès de la civilisation, font courir à la société les plus grands dangers, il faut les faire disparaître. Oisifs, aliénés, impotents, criminels, tous les antisociaux, puisqu'on ne peut empêcher leur genèse, doivent, disons le mot, être tués.

Au lieu de cette conclusion sévère mais logique, M. Féré dit ceci : On ne peut s'opposer à la genèse des dégénérés que dans une très faible mesure. Le meilleur, sinon le seul moyen pour y arriver consiste en la vulgarisation de l'hygiène physique et psychique. Il faut aussi répandre dans les masses cette idée de haute morale que les antisociaux doivent indemniser les citoyens qu'ils ont lésés et que, s'ils sont insolvables, ce qui est la règle puisqu'ils sont incapables de produire selon leurs besoins, c'est à la société, qui n'a su ou pu prévoir le dommage, de payer l'indemnité. Il faut enfin *assister et traiter* les antisociaux, et notre auteur expose le meilleur mode de traitement, selon lui, des aliénés et des criminels.

Pour ma part, je m'associe de tout cœur à ces conclusions, je m'associe également à tout ce que dit M. Féré sur les aliénés et les criminels qui ne sont que deux espèces de dégénérés, sur la fiction du libre arbitre et, par suite, sur l'impossibilité de le mesurer, etc...; mais je crois qu'il a commis une omission et qu'il suffirait de la réparer pour rendre logiques ses conclusions.

Il est certain que le distingué médecin de Bicêtre est convaincu qu'il ne serait pas légitime de détruire les antisociaux; mais, par le fait de l'omission sur laquelle je vais m'expliquer, il se trouve dans la nécessité de s'ingénier à chercher des raisons forcément utilitaires à l'appui du bien fondé de ce devoir social, l'assistance aux décadents, aux déshérités.

Les malades, dit-il, doivent être secourus parce qu'ils sont aptes, après guérison, à rendre de nouveaux services à l'État. — Mais les incurables, les vieillards en démence? — Les enfants infirmes doivent également être assistés, parce qu'on peut supposer qu'il se trouve parmi eux quelque génie futur. « L'exemple de Tyrtée a pu montrer aux Spartiates que les noyades de l'Eurotas n'étaient pas exemptes de tout reproche. »

©BIUM

Mais les imbéciles et les idiots?

Avec moins de systématisme utilitaire, il deviendrait superflu de recourir à ces prétextes plus ou moins aléatoires, pour établir la justice de l'assistance due aux dégénérés de tout ordre.

La société est une association mutuelle, dans laquelle la liberté de chacun est illimitée tant que ses effets ne deviennent pas nuisibles pour les autres. Chaque citoyen peut donc s'abandonner à ses instincts, à ses tendances affectives, jusqu'à une limite, variable selon le moment de la civilisation que l'on considère. Or, parmi les tendances affectives de l'homme, il en est une qui consiste en la pitié pour la souffrance des autres. Ce sentiment, qui n'est sans doute qu'une différentiation d'un instinct purement égoïste au début, est arrivé, après une longue série de transformations successives, à être tel qu'on le constate aujourd'hui chez l'homme normal, et je crois pouvoir dire que c'est la plus noble de ses qualités en même temps qu'une de ses plus utiles.

Ce sentiment affectif foncièrement altruiste, le citoyen a le droit de le satisfaire dans une certaine limite, limite naturellement fixée par l'intérêt général. Il ne peut devenir principe de dégénérescence que quand il dépasse les bornes. On ne peut empêcher la genèse des antisociaux qui est une conséquence nécessaire de l'évolution sociale. Fît-on disparaître tous ceux qui existent aujourd'hui, demain il en naîtrait d'autres. Il en existera toujours, et ce n'est pas la satisfaction de l'intérêt altruiste en question qui en sera cause.

Bien entendu que la pitié pour les déshérités ne doit pas dégénérer en *sensiblerie*. Du reste, M. Féré énumère parfaitement les devoirs de la société envers les décadents et il indique très bien les bornes qu'il ne faut pas dépasser dans l'assistance qu'on leur octroie.

Il y a encore un point sur lequel je demanderai à M. Féré la permission d'insister un peu. Si j'ai bien saisi sa pensée, notre auteur ne croit guère à la possibilité de la régénérescence. « Il ne faut pas, dit-il, laisser s'accréditer cette erreur qu'une infusion de sang nouveau peut faire remonter à une famille l'échelle de la dégénérescence. » — C'est vrai, mais il y a une question de proportion dont on doit tenir compte. Une dégénérescence peu marquée ne peut-elle pas disparaître par le fait de croisements heureux? C'est du moins ce qu'on constate dans les espèces animales domestiquées.

©BIUM

Et puis, si l'on réfléchit au nombre considérable des dégénérés à notre époque, on doit, tout en tenant compte de l'accroissement rapide de ce nombre pendant les derniers temps, du fait des découvertes scientifiques du siècle et des modifications sociales qui en sont résultées, on doit, dis-je, admettre qu'autrefois les dégénérés, moins nombreux peut-être, existaient cependant en quantité notable. L'histoire nous apprend que les causes de dégénérescence n'ont jamais cessé de sévir sur l'humanité. Est-il un contemporain assez favorisé pour n'avoir pas au moins un dégénéré parmi ses ancêtres?

Il ne faudrait donc pas être trop pessimiste. Nous avons appris à reconnaître l'existence des dégénérés, nous connaissons les causes le plus souvent héréditaires de leur déchéance, nous savons les dangers que ces décadents font courir à la société, et, oubliant que, de tout temps, l'humanité a souffert de ses membres parasites, nous sommes portés à nous croire en présence d'un danger nouveau et à la veille d'une catastrophe terrible. Non. En vérité, il y a toujours eu des criminels et des névropathes de toutes sortes, et la race subsiste encore.

Au lieu de nous décourager, espérons plutôt que les acquisitions modernes sur ce qu'on appelle la dégénérescence, la connaissance de ses causes et de ses dangers, nous aideront, non pas à faire disparaître les antisociaux, puisque leur genèse est fatale, mais au moins à en diminuer le nombre et aussi les effets nocifs.

Je termine ici cet article trop long peut-être, mon excuse est dans la valeur du livre que j'analyse. M. Féré, physiologiste et psychologue, a fait une œuvre de penseur, une œuvre utile et pleine d'érudition. Les quelques critiques que je me suis permis d'adresser à « *Dégénérescence et Criminalité* » sont peu importantes relativement à tout le bien que je pense de ce travail. Et puis ces critiques sont personnelles et certainement elles prêtent elles-mêmes à la critique. Le lecteur jugera.

L. Camuset.

La Folie chez les enfants; par M. le Dr Paul Moreau (de Tours). Paris, librairie Baillière et fils, 1888.

« Il n'existe, à notre connaissance, aucun travail d'ensemble sur ce sujet. Nous nous sommes efforcé de combler cette lacune, » dit M. Moreau (de Tours), en manière de préface à son

©BIUM

nouveau livre. Et, en effet, *la Folie chez les enfants* forme un véritable traité spécial, renfermant un grand nombre de documents et d'observations intéressants. Seulement le titre de ce livre n'est pas très exact, car l'auteur étudie non seulement la folie chez les enfants, mais aussi les convulsions, les tics, l'épilepsie, la chorée, etc., c'est-à-dire presque toutes les affections nerveuses des premiers temps de la vie, sauf les paralysies. Il est vrai que l'étude des psychoses et celle des névroses, surtout chez les enfants, sont tellement connexes qu'il est difficile de les séparer. Il y aurait même inconvénient sérieux à agir ainsi, car convulsions, tics, état maniaque, instincts dépravés, sont en général des manifestations diverses d'un même état névropathique.

Cet état névropathique, ce substratum défectueux si bien désigné par l'expression : dégénérescence intellectuelle, qui est presque toujours un produit d'hérédité et quelquefois seulement une acquisition individuelle, M. Moreau (de Tours) ne répète peut-être pas assez que c'est là la cause originelle essentielle de la folie et surtout de la folie dans l'enfance. Toutes les autres causes ne sont que des causes occasionnelles qui n'agissent que parce qu'elles s'exercent sur un organisme spécifique, pour ainsi dire, et qui, indifféremment presque, provoquent la manifestation tantôt d'une psychose, tantôt d'une autre, tantôt même d'une simple névrose spasmodique ou convulsive. Dans un ouvrage de vulgarisation surtout, ce principe de pathologie générale ne saurait trop être, sous toutes ces formes, présenté aux lecteurs.

La lecture attentive montre bien, du reste, que l'auteur est pleinement convaincu de la vérité de ce principe. S'il ne l'a pas développé dans des chapitres spéciaux, c'est que le plan de son ouvrage ne s'y prêtait pas. En effet, M. Moreau (de Tours) a étudié son sujet selon la méthode des livres classiques de pathologie : étiologie — description des symptômes — diagnostic, etc... Il n'a pas fait une œuvre doctrinale, mais plutôt une œuvre pratique, et il a, je trouve, parfaitement réussi.

En France, au moins, ce qui a rapport à la folie dans l'enfance est épars un peu partout, dans les journaux, dans les thèses, dans les livres de psychiatrie. M. Moreau (de Tours) a tout réuni et classé avec méthode. Les nombreux chapitres de son livre sont remplis de faits et de descriptions, son style et son érudition en rendent la lecture facile et intéressante. *La Folie chez les enfants* a sa place marquée non seulement dans

©BIUM

la bibliothèque des aliénistes, mais encore dans celle de tous les médecins.

L. CAMUSET.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Les criminels. Caractères physiques et psychologiques; par le Dr A. Corre, 1 vol. in-18 (412 pages, avec 43 fig. dans le texte) de la *Bibliothèque des actualités médicales et scientifiques*. Paris, 1889. Oct. Doin, édit.

— Insanity : its treatment and prevention. The presidential Address of the border counties Branch of the british medical Association. (La folie : son traitement et sa prophylaxie. Discours présidentiel prononcé à la session de l'Association médicale anglaise); par le Dr J.-A. Campbell, médecin superintendant de l'asile de Cumberland et Westmoreland. Broch. in-8° de 23 pages. Extrait de *The Lancet*, numéros des 28 août et 4 septembre 1880.

— Ivrognerie. Ses causes et son traitement; par le Dr P.-J. Kovalevsky, professeur des maladies mentales et nerveuses à l'Université de Kharkoff. Traduit du russe par le Dr Woldemar de Holstein. 1 vol. in-18 cart. à l'anglaise. Kharkoff, 1889. Typogr. Sylberberg.

— Rückenmarks-Krankheiten (Maladies de la moelle épinière); par le professeur A. Pick, directeur de la clinique psychiatrique de Prague. Broch. in-8° de 81 pages. Extrait de la *Real-Encyclopædie der gesammten Heilkunde* du Dr Albert Eulenburg.

— Quelques faits médico-légaux; par le Dr H. Mabille, directeur-médecin de l'asile de Lafond. Broch. in-8° de 7 pages. s. l. n. d. Publication du *Progrès médical*.

— Des aberrations du sens génésique et de l'hybridité chez les animaux. Quatrième partie : Des Jumarts; par Armand Goubaux, membre de l'Académie de médecine. Broch. in-8° de 40 pages. Extrait des *Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie*, numéros d'octobre et de novembre 1888.

— Hérédité et alcoolisme. Étude psychologique et clinique sur les dégénérés buveurs et les familles d'ivrognes; par le Dr Legrain, médecin de la colonie de Vaucluse. 1 vol. in-8° de 424 pages, avec une préface du Dr Magnan, médecin de l'asile Sainte-Anne. Ouvrage couronné par la Société médico-psychologique. Paris, 1889. O. Doin, édit.

— L'hystérie pulmonaire chez l'homme; par le Dr Émile Laurent. Broch. in-8° de 32 pages. Publications de l'*Encéphale*. Paris, 1889.

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

— *Décret du* 13 *novembre* 1889 : Sur la proposition du ministre de l'Intérieur, a été nommé chevalier de l'ordre national de la Légion d'honneur, M. le Dr Meuriot (André-Isidore), directeur de maison de santé, à Paris. En exercice depuis 1872. Ancien interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté de médecine, médaillé pour sa belle conduite pendant les épidémies cholériques de 1865 et 1866. S'est également distingué pendant le siège de Paris, en 1870-1871, comme médecin-major d'une batterie d'artillerie. Membre de plusieurs sociétés savantes; vingt-cinq ans de services.

— *Arrêté du ministre de l'instruction publique en date du* 19 *novembre* 1889 : A l'occasion de l'Exposition universelle de 1889, sont nommés officiers d'Académie, MM. les Drs Christian et Ritti, médecins en chef de la maison nationale de Charenton.

— *Arrêté du ministre de l'instruction publique en date du* 31 *décembre* 1889 : Sont nommés officiers d'Académie, MM. Langlois (Auguste-Marie), médecin en chef de l'asile de Maréville, chargé d'un cours complémentaire à la Faculté de médecine de Nancy, et Rouillard (Amédée-Marie-Paulin), chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris; Mme Reddon de la Grandière (Anatoline-Benoît), directrice de la maison de santé « villa Penthièvre, » à Sceaux : travaux littéraires distingués.

— *Arrêté du* 30 *octobre* 1889 : M. Bresson, ancien administrateur du territoire de Belfort, en disponibilité, est nommé directeur de l'asile du Mans, en remplacement de M. Salvaire, décédé, et placé dans la 2e classe de son grade (6,000 fr.).

— *Arrêté du* 19 *novembre* 1889 : M. le Dr Combemale, déclaré admissible au concours de décembre 1888, est nommé médecin adjoint à l'asile de Bailleul (Nord), en remplacement de M. le Dr G. Lemoine, démissionnaire, et placé dans la 2e classe de son grade (2,500 fr.).

— *Arrêté du* 9 *décembre* 1889 : M. le Dr Lapointe, directeur-médecin de l'asile de Larochegandon (Mayenne), est nommé directeur-médecin de l'asile d'Auxerre, en remplacement de M. Rousseau, décédé, et maintenu dans la classe exceptionnelle de son grade (8,000 fr.); M. le Dr Frièse,

©BIUM

médecin en chef de l'asile de Cadillac (Gironde), est nommé directeur-médecin de l'asile de Larochegandon, et maintenu dans la 2e classe de son grade (6,000 fr.).

— *Arrêté du* 16 *décembre* 1889 : M. Bresson, directeur de l'asile du Mans, est nommé directeur de l'asile du Mont-de-Vergues (Vaucluse), en remplacement de M. Llanta, et maintenu dans la 2e classe de son grade (6,000 fr.).

— *Arrêté du* 17 *décembre* 1889 : M. Josserand est nommé directeur de l'asile du Mans, et placé dans la 4e classe de son grade (4,000 fr.).

— *Arrêté du* 20 *décembre* 1889 : M. le Dr Chambard, médecin en chef de l'asile de Pierrefeu (Var), est nommé médecin en chef de l'asile de Cadillac, et maintenu dans la 3e classe de son grade (5,000 fr.).

— *Arrêté du* 3 *janvier* 1890 : M. le Dr Fabre, directeur-médecin de l'asile de Saint-Alban (Lozère), est nommé directeur-médecin de l'asile de Saint-Dizier (Haute-Marne), en remplacement de M. le Dr Danis, décédé, et est maintenu dans la 1re classe de son grade (7,000 fr.); M. le Dr Bessière, médecin adjoint de l'asile d'Évreux, est nommé médecin-directeur de l'asile de Saint-Alban, et placé dans la 3e classe de son grade (5,000 fr.).

— *Arrêté du* 8 *janvier* 1889 : M. le Dr Adam, médecin adjoint de l'asile de Blois, est nommé médecin en chef de l'asile de Pierrefeu (Var), et placé dans la 3e classe de son grade (5,000 fr.).

NÉCROLOGIE

Dr Ernest Rousseau. — Le service des aliénés vient de perdre un de ses membres les plus distingués et les plus dévoués : M. le Dr Ernest Rousseau, directeur-médecin de l'asile d'Auxerre, a succombé dans l'exercice de ses fonctions le 5 novembre 1889, à l'âge de cinquante-neuf ans, à la suite d'une maladie dont il souffrait depuis longtemps déjà, mais qui ne pouvait cependant laisser prévoir les graves complications qui ont si brusquement précipité sa mort.

Né à Auxerre le 30 août 1830, il a eu une carrière médicale et administrative des mieux remplies, et on peut dire qu'il a consacré toute son existence au service des aliénés.

Étudiant en médecine en 1854, à l'époque même où une épidémie de choléra s'était abattue sur sa ville natale, il exposa sans réserve sa jeune existence pour prodiguer des soins aux malades, et ses contemporains disent encore aujourd'hui de quel dévouement, de quelle abnégation il fit preuve en cette triste circonstance.

Se sentant poussé vers l'étude des maladies mentales, il

©BIUM

obtint, le 1er octobre 1854, une place d'interne à l'asile d'Auxerre. Le 1er avril 1857, il soutenait sa thèse de doctorat sur *la folie à l'époque de la puberté ;* ce travail, qui fut très apprécié et peut encore être consulté avec fruit, était le résumé de ses observations cliniques recueillies avec le plus grand soin. Il continua de remplir les fonctions de chef interne jusqu'au 7 août 1860, date de sa nomination au poste de médecin adjoint, créé dans l'établissement. Un an plus tard, le 28 septembre 1861, il était envoyé avec le même grade à l'asile de Dijon, où il suivit son éminent maître, le Dr Renaudin. En 1863, il présentait à la Société médico-psychologique, dont il était déjà membre correspondant, une étude très complète sur les travaux médico-psychologiques de Fodéré.

M. Rousseau fut appelé, le 12 février 1864, à la direction médicale et administrative de l'asile de Dôle, où il a laissé les meilleurs souvenirs. Là, se préoccupant sans cesse du bien-être des malades confiés à ses soins, il ne tarda pas à reconnaître que cet établissement, de construction ancienne et défectueuse, devenait trop étroit pour la population tous les jours croissante des aliénés. Après avoir fait construire quelques pavillons supplémentaires, il s'efforça de démontrer qu'il serait avantageux à tous les points de vue de créer un nouvel établissement, construit suivant des plans en rapport avec les progrès de l'hygiène moderne. Il a quitté Dôle avant de voir réaliser ses projets ; mais son initiative, ses efforts administratifs et philantropiques ont en principe beaucoup contribué à la création de l'asile de Saint-Ylie, presque achevé aujourd'hui.

Le 7 septembre 1872, il revenait comme directeur-médecin à l'asile d'Auxerre, à la prospérité duquel il a contribué de toutes ses forces pendant dix-sept ans. Ami du progrès et des réformes pratiques, il a employé à l'accomplissement de cette œuvre toutes ses connaissances médicales et administratives si étendues. Il a toujours su, par ses qualités exceptionnelles et la générosité de son caractère, se concilier la sympathie, l'estime et l'amitié de ses confrères et de tous ceux qui l'ont approché : aussi laisse-t-il aujourd'hui des regrets unanimes. C'est surtout pendant cette dernière période de son existence qu'il a publié de nombreux mémoires sur l'aliénation mentale. Collaborateur des *Annales médico-psychologiques*, il a fait paraître dans ce journal, entre autres travaux : *Du traitement de l'alcoolisme et du délire aigu par les bains frais et le bromure de potassium* (1880) ; *Contribution à l'étude de la monomanie incendiaire* (1881) ; *De l'aphasie dans ses rapports avec l'aliénation mentale* (1882) ; *Observation et autopsie d'une aphasique devenue successivement aliénée et monoplégique* (1884).

Dans l'*Encéphale* on trouve aussi plusieurs de ses travaux

©BIUM

parmi lesquels : *Des effets de l'hémorragie du lobe paracentral* (1881) ; *Observation de narcolepsie dans la démence et l'épilepsie* (1881) ; *Des guérisons tardives chez les aliénés* (1882) ; *Lypémanie et irritation spinale* (1882) ; *Tumeur cérébrale pouvant éclairer la physiologie de la couche optique* (1883) ; *Lypémanie compliquée d'une triple diathèse* (1884) ; *Encéphaloïde de la couche optique* (1884) ; *Refroidissement dans les attaques apoplectiques* (1887) ; *Suggestion hypnotique dans un cas d'arrêt de l'évolution pubère* (1887).

Les Bulletins de la Société médicale de l'Yonne, dont il était membre titulaire, renferment également plusieurs de ses communications, telles que : *De la folie intermittente* (1879) ; *Traitement de la goutte et du rhumatisme par le bromure de potassium* (1879) ; *Contribution à l'étude de l'ictère malin* (1883) ; *Fièvre intermittente d'origine vermineuse* (1884) ; *Traitement de l'ictère grave par l'iodure de potassium* (1884), etc.

Toujours préoccupé des intérêts des asiles, il présenta au Congrès international de médecine mentale de 1878 un mémoire sur *la Capacité civile des asiles d'aliénés d'origine départementale*, mémoire dans lequel il s'est efforcé de démontrer que les départements auraient tout intérêt à favoriser une autonomie qui permettrait de réduire progressivement leur subvention, en laissant aux asiles le soin de se créer eux-mêmes une dotation destinée à amortir en tout ou en partie la dette de l'Assistance dont ils supportent le fardeau.

En octobre 1881, il a publié dans la *Gazette hebdomadaire* une étude sur *l'Origine des entozoaires*. D'après ses recherches, l'apparition des helminthes se serait effectuée pendant le cours de la période secondaire de l'évolution terrestre ; la plupart auraient succombé à la période tertiaire, par suite de l'abaissement de la chaleur planétaire ; ceux-là seuls qui étaient devenus parasites se seraient conservés et auraient successivement envahi toutes les séries animales et l'homme lui-même, le dernier venu de la création. Ce travail très sérieux et tout à fait original par ses conclusions se rattache à notre spécialité en raison des accidents graves que les affections vermineuses déterminent parfois chez les aliénés.

Tous les travaux scientifiques de M. Rousseau portent la marque d'un observateur profond et habile aux investigations médicales, d'un esprit sérieux, instruit et toujours au courant des progrès de la science médicale qu'il aimait passionnément. Lorsque la mort est venue le surprendre, il avait commencé des recherches statistiques qui devaient lui servir de base à un nouveau travail sur les héréditaires.

Il a rédigé nombre de rapports médico-légaux dont la lecture démontre quelle sûreté de diagnostic, quelles connaissances

©BIUM

scientifiques et quelle probité il apportait à la solution des questions si graves, si difficiles et parfois si délicates qui étaient soumises à son examen de médecin légiste.

Membre de la Société des sciences historiques et naturelles de l'Yonne, il aimait aussi, en dehors de ses travaux professionnels, à s'occuper d'histoire et de littérature. Il avait un attrait tout particulier pour la poésie et a même écrit plusieurs pièces de vers dans lequelles on retrouve son esprit de saillies, sa vive intelligence et parfois aussi le sentiment profond qu'il avait de la nature et de ses beautés. L'une de ces poésies, *la Moissonneuse*, a obtenu une mention de l'Académie des jeux floraux : les autres sont connues de ses intimes seulement.

D'un caractère modeste, M. Rousseau n'a jamais aimé à se produire au dehors : il savait en homme de cœur apprécier les douces joies de la vie de famille. Il suivait surtout avec intérêt le développement intellectuel de son fils unique qu'il avait vu avec bonheur se destiner à la carrière médicale et auquel, hélas ! il va manquer, au moment même où ses conseils et sa haute expérience auraient été d'un si grand secours au jeune étudiant.

Tel était l'homme à la mémoire duquel je me fais un devoir de rendre un hommage public en rappelant sa vie, ses travaux scientifiques et la supériorité avec laquelle il a accompli ses devoirs professionnels. Il n'a jamais refusé son appui à celui qu'il avait jugé digne de sa confiance, et, pour ma part, je ne saurais oublier toute la sympathie, la bienveillance amicale et les conseils éclairés que cet excellent maître m'a prodigués pendant les courtes années que nous avons passées ensemble : aussi ne puis-je trop m'associer à la douleur de sa veuve et de son fils, frappés dans leurs plus chères affections.

Les obsèques de M. Rousseau ont eu lieu à Auxerre au milieu d'une foule considérable et profondément émue : trois discours, qui complètent cette notice, ont été prononcés sur sa tombe ; le premier par M. le préfet de l'Yonne ; le second par M. le Dr Emile Duché, secrétaire général de la Société médicale de l'Yonne ; le troisième par M. le Dr Pichenot, médecin adjoint de l'asile départemental d'aliénés.

Dr A. PICHENOT.

Discours de M. le Préfet.

Messieurs,

La mort frappe durement le département de l'Yonne ; en moins d'un an, elle lui a déjà enlevé deux de ses meilleurs et de ses plus dévoués serviteurs ; c'était d'abord, il y a quelques mois, le regretté vice-président du Conseil de préfecture,

©BIUM

M. Hugot; il y a quelques jours à peine, c'était Savatier-Laroche que nous conduisions à sa dernière demeure, au milieu d'un grand concours de ses concitoyens, reconnaissants des services rendus pendant tant d'années par cet homme de bien qu'ils venaient d'associer plus intimement à la vie politique du département en l'envoyant siéger au Conseil général.

Aujourd'hui, un troisième deuil, également cruel, nous atteint. M. Rousseau, l'éminent directeur de l'asile des aliénés, succombe au moment où il allait pouvoir prendre un repos bien mérité.

C'est là, messieurs, une bien grande perte pour l'administration qui avait en lui un collaborateur dont elle appréciait hautement le concours, pour le département dont il dirigeait avec tant d'habileté l'établissement d'aliénés, enfin pour ces pauvres êtres, ces malheureux privés de raison, au soulagement et à la guérison desquels il avait consacré sa vie entière et tout ce qu'il avait d'intelligence, de cœur et de volonté.

D'autres, d'ailleurs, vous diront, avec l'autorité que donne une compétence particulière, ce que fut le savant, ce que fut l'aliéniste chez M. Rousseau; je ne veux vous parler que de l'administrateur et du fonctionnaire.

Interne à l'asile d'Auxerre en 1854, il fut nommé médecin adjoint en 1861, et le savant aliéniste Renaudin, qui l'avait distingué, lui fit l'honneur de l'appeler auprès de lui peu de temps après. Directeur de l'asile de Dôle en 1864, il revenait définitivement dans sa ville natale en 1872, pour y prendre la direction de cet asile qu'il ne quitta plus. Sa carrière y fut brillante et rapide, et il y a quatre ans le gouvernement lui donna une dernière preuve du prix qu'il attachait à ses services en l'appelant à la classe exceptionnelle de son grade.

M. Rousseau, en effet, à un réel mérite scientifique, unissait, par un rare bonheur, les plus sérieuses qualités d'administrateur. Les améliorations nombreuses apportées par lui à la maison qu'il dirigeait offraient le double caractère de n'être pas moins profitables à la prospérité matérielle de l'établissement qu'au bien-être physique et au soulagement moral de ses pensionnaires. Il a fait agrandir, aérer et assainir les dortoirs et les salles des malades; il a créé ou perfectionné des installations de douches et de bains à la hauteur de tous les progrès de l'hydrothérapie moderne; enfin, en augmentant l'étendue du domaine de l'Asile, il procurait aux aliénés un travail qui exerce souvent, sur ces malheureux, la plus heureuse influence en ramenant, par une occupation régulière et mesurée, un peu de calme dans leur esprit.

Toutes ces améliorations sont dues à son initiative et témoignent de son esprit de suite et de sa constante préoccupation

©BIUM

de perfectionner sans cesse cet établissement avec lequel il était comme identifié ; il a pu les accomplir, grâce à son dévouement qu'il communiquait à tous ses collaborateurs, grâce à l'ardeur infatigable qu'il apportait à son œuvre, grâce à la confiance absolue qu'il avait su inspirer à la Commission administrative et au Conseil général, qui ne lui refusèrent jamais leur concours.

Voilà ce que fut Rousseau : homme de devoir et fonctionnaire modèle, dont le souvenir restera toujours attaché à cette maison qu'il a tant aimée et où il a vécu si longtemps.

Au nom du Gouvernement, au nom du département de l'Yonne et de l'administration, je salue une dernière fois ce dévoué serviteur et j'adresse à sa famille l'expression de notre bien sincère et douloureuse sympathie.

Discours de M. le Dr Duché.

Messieurs,

Au nom de la Société médicale de l'Yonne, je viens dire un suprême adieu au collègue bien-aimé, au savant laborieux, modeste, et, avant tout, à l'honnête homme qui emporte avec lui tant de regrets dans la tombe.

Le Dr Rousseau, né en 1830, était un enfant du pays. Les plus vieux d'entre nous furent les élèves de son excellent père et les camarades du fils qui laisse une trace si lumineuse de son passage.

A peine reçu docteur en médecine, Rousseau était attaché en qualité d'adjoint à l'asile de l'Yonne, sous la direction du Dr Renaudin. Il suivit ensuite ce maître, qui était devenu son ami, à l'asile de Dijon, et fut bientôt lui-même préposé à la direction de l'établissement de Dôle, en Franche-Comté. — Quelques années plus tard, en 1872, il voyait se réaliser son ambition la plus chère et son plus beau rêve: il revenait au pays natal, comme Directeur de notre asile auxerrois.

C'est là, messieurs, que nous vîmes s'épanouir toutes ses aptitudes comme administrateur et comme aliéniste; esprit sérieux, correct, essentiellement observateur, il appartenait à cette école anatomique qui cherche et qui trouve presque toujours dans les lésions de nos organes l'explication des déviations si multiples de nos sens et de nos intelligences. Nous avons tous admiré avec quelle certitude mathématique il localisait dans l'*encéphale* la série des manifestations anormales.

On a osé dire que ces recherches conduisaient au matérialisme... C'est une erreur grossière, une odieuse calomnie ! La science, messieurs, n'est-elle pas dans l'âme en peine qui s'inquiète de tous les mystères de la création, et chaque découverte nouvelle n'est-elle pas une révélation à la gloire du créateur?

©BIUM

Rousseau ne l'ignorait pas. Aussi, nulle part, dans ses écrits, vous ne trouverez la trace d'affirmations antispiritualistes. Il observait en silence, il notait avec une religieuse exactitude et proclamait ses déductions en dialecticien rompu aux problèmes anatomiques et psychologiques. Tous ses travaux ne sont qu'une longue et respectueuse contribution à la science qu'il poursuivait avec tant de conviction et tant d'amour.

C'est à ce point de vue, messieurs, qu'il fut une lumière et un honneur pour la Société médicale de l'Yonne. Il en fit partie dès 1860 et y débuta par la publication d'un compte rendu médical de l'asile pour 1859. Ce travail, remarquable par sa précision et ses aperçus philosophiques, n'était que l'avant-coureur de nombreux mémoires dont il enrichit plus tard nos bulletins. Il y aura une étude à faire, dans le silence du cabinet, sur tous ses documents scientifiques qui resteront pour honorer la mémoire de ce vaillant travailleur. Ses collègues, presque tous ses amis, lui donnèrent un témoignage de leur estime et de leurs sympathies en l'appelant à la présidence de la Société pendant deux années consécutives.

Comme administrateur, on connaît ses qualités éminentes ; à le voir si réservé, si timide en apparence, on eût presque douté de son savoir-faire. On comprend ce qu'il faut d'énergie, de fermeté d'âme, de sang-froid et d'esprit de justice pour imposer l'obéissance et la discipline à une population agglomérée de plus de cinq cents infortunés inconscients et en proie aux impulsions les plus désordonnées et les plus menaçantes. Cette aptitude au commandement, Rousseau la possédait au supérieur degré ; il la mettait au service de son expérience et de son savoir. Aussi l'ordre, la paix, l'harmonie, n'ont jamais cessé de régner dans son asile, qui tient aujourd'hui le premier rang parmi les établissements de cette nature.

C'est surtout dans l'intimité que ses amis se plaisaient à réveiller son esprit de saillies, ses expansions inattendues et son cœur toujours si bienveillant.

Homme d'intérieur par-dessus tout, il partageait sa vie entre les joies de la famille et les sévérités de l'étude. La mort, hélas ! est venue le saisir vingt ans trop tôt pour les siens et pour la science.

Adieu donc, cher et bien regretté collègue, une pensée nous console en nous éloignant de ta dépouille mortelle, c'est que tu ne meurs pas tout entier ; tu vis encore dans l'amour de ta digne épouse et de ton cher fils, dans l'affection et les respects de ta ville d'Auxerre, dans l'estime et la reconnaissance de la Société médicale de l'Yonne, à laquelle tu laisses tant de gages impérissables de ton savoir et de ton attachement. Adieu, bien cher confrère, et au revoir !

©BIUM

Discours de M. le Dr Pichenot.

Messieurs,

C'est au nom de l'affection et de l'estime profondes que j'avais pour le Dr Rousseau que je viens prendre la parole sur sa tombe et rendre un suprême hommage à celui qui fut mon maître, je puis dire aussi mon ami. C'est au nom d'un personnel qu'il aimait et dont il était aimé ; c'est enfin comme médecin adjoint de cet asile où pendant tant d'années il dépensa ses forces au service de l'humanité et de la science que je viens lui dire un dernier adieu.

Le Dr Rousseau, né le 30 août 1830, était un enfant d'Auxerre. A peine sorti du collège de cette ville, où son honorable père a exercé le professorat pendant plus de quarante ans, il commença ses études de médecine à Paris.

Dans le courant de l'été 1854, une épidémie de choléra se déclarait à Auxerre, épidémie de triste mémoire, qui prit bientôt des proportions considérables et fit tant de victimes. Les médecins ne suffisaient plus ; sur un appel de son père, il n'hésita pas à venir le rejoindre et, pendant tout le temps que dura le fléau, l'étudiant se multiplia. Son zèle et son dévouement à toute épreuve furent récompensés par le Ministère, qui, avec des éloges, lui décerna une médaille.

C'est après ce rude apprentissage que M. Rousseau était nommé élève interne à l'asile départemental. Il pouvait ainsi, tout en se livrant à l'étude des maladies mentales, jouir des douceurs de la vie de famille, qu'il a toujours mises au-dessus de toutes les autres joies.

Reçu docteur le 1er avril 1857, il était, peu de temps après, nommé médecin adjoint. Vers cette époque, son maître, l'éminent Dr Renaudin, alors directeur-médecin de l'asile d'Auxerre, fut envoyé à Dijon et demanda, comme une faveur, de pouvoir emmener avec lui son jeune élève, chez lequel il avait déjà remarqué des dispositions toutes spéciales pour le service médical et l'administration des établissements d'aliénés.

A dater de ce jour, le Dr Rousseau se consacra tout entier à sa carrière de médecin aliéniste.

Le 12 février 1864, il était nommé directeur-médecin à Dôle, et, huit ans après, il rentrait dans sa ville natale, pour prendre la direction de l'établissement où il avait fait ses premiers débuts et où il devait succomber.

Après avoir parcouru assez rapidement les diverses étapes de sa carrière, il avait été élevé à la classe exceptionnelle de son grade dans le courant de l'année 1884.

©BIUM

Partout où il a passé, il a laissé, comme savant, comme administrateur et comme homme, les meilleurs souvenirs.

Le service des aliénés perd en lui un de ses membres les plus dévoués et les plus instruits. Adonné dès sa jeunesse à l'étude des maladies mentales, nourri des aliénistes anciens, observateur scrupuleux et profond, toujours au courant des travaux modernes, son esprit ouvert, sagace et ferme, avait fait de lui un spécialiste éclairé ; aussi ses confrères savaient-ils reconnaître la sûreté de son diagnostic et l'étendue de ses connaissances théoriques et pratiques, résultats de sa grande expérience.

Il n'a jamais publié d'ouvrage de longue haleine ; mais, travailleur infatigable et modeste, il ne manquait jamais d'observer tous les phénomènes qu'il constatait chez ses malades, et, après les avoir bien étudiés, bien raisonnés, il les communiquait à ses collègues sous forme d'observations. On retrouve tous ces travaux scientifiques disséminés en grand nombre, soit dans les journaux de médecine mentale, soit dans les bulletins des sociétés savantes dont il faisait partie ou dont il était membre correspondant.

Il laisse, en outre, beaucoup de rapports médico-légaux justement appréciés, qui lui ont valu l'estime et la considération des autorités judiciaires qui faisaient souvent appel à ses lumières.

Administrateur intelligent et pratique, il laisse dans l'établissement des traces ineffaçables de son passage, trop court, hélas ! pour tous ceux qui ont été sous ses ordres. Constamment préoccupé du bien-être des malheureux confiés à ses soins, il n'oubliait rien de ce qui pouvait apporter quelque adoucissement à leur triste situation.

Que dirai-je de l'homme et de sa conduite toute paternelle envers ses subordonnés ? Il savait tout comprendre, car il avait un cœur d'élite. Il avait à la fois la main ferme et indulgente et savait s'attirer l'affection même de ses malades. C'était, en un mot, le véritable homme de bien, modeste, au commerce sûr, au conseil éclairé, dont le nom restera en honneur dans la mémoire de tous ceux qui l'ont connu.

Le Dr Rousseau était à la veille de toucher au terme de sa carrière administrative ; quelque temps encore et il allait pouvoir jouir d'une retraite et d'un repos bien justement mérités, — mais, hélas ! il ne devait pas en être ainsi ! Une maladie cruelle, dont il souffrait depuis de longues années déjà, vient, à la suite d'un redoublement subit d'intensité, de l'enlever à l'affection d'une épouse dévouée et d'un fils qui faisait sa joie.

Puisse la présence du nombreux cortège de confrères et d'amis qui l'accompagnent à sa dernière demeure apporter quelque adoucissement à leur profonde et légitime douleur, en

©BIUM

leur donnant un témoignage du respect, de l'estime et de l'affection que nous avions tous pour cet homme bon, honnête et droit, dont je garderai toujours, pour ma part, un affectueux et reconnaissant souvenir.

Adieu, cher maître! au nom de tous, adieu!

— Nous avons encore le regret d'annoncer la mort du Dr Max-Simon, décédé le 14 octobre 1889, dans sa quatre-vingt-troisième année, père de notre distingué collègue, M. le Dr P. Max-Simon, médecin en chef de l'asile de Bron (Rhône). Il laisse d'intéressants travaux sur la déontologie médicale, et un ouvrage sur l'*Hygiène du corps et de l'âme, ou conseils sur la direction physique et morale de la vie, adressés aux ouvriers des villes et des campagnes.*

Le Dr Binet (Pierre-Victor), ancien interne des hôpitaux, directeur honoraire des asiles publics d'aliénés, est décédé à Pontorson (Manche), le 23 novembre 1889, à l'âge de soixante-douze ans.

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine a tenu sa séance publique annuelle le 10 décembre 1889, sous la présidence de M. Moutard-Martin.

Parmi les prix décernés, nous relevons ceux qui ont été accordés à des travaux sur la pathologie mentale et nerveuse :

Prix de l'Académie. — 1,000 francs. — Question : *Physiologie du nerf pneumogastrique.*

Deux mémoires ont été présentés au concours. Le prix n'est pas décerné. L'Académie accorde : 1° Une mention honorable avec une somme de 800 francs, à MM. les Drs G. Arthaud, chef des travaux de physiologie générale au Muséum d'histoire naturelle, et Lucien Butte, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis (Paris), pour leur mémoire portant cette devise : « *Il ne faut jamais faire d'expériences pour confirmer ses idées, mais simplement pour les contrôler.* » (Cl. Bernard.) 2° Un encouragement de 200 francs à M. le Dr Ch. Livon, professeur à l'École de médecine de Marseille, auteur du mémoire ayant pour épigraphe : « *Vidi quod scripsi.* »

Prix Civrieux. — 800 francs. — Question : *Des troubles de la sensibilité générale dans le tabes.*

Cinq mémoires ont été présentés au concours. Le prix n'est pas décerné. L'Académie accorde : 1° Une mention honorable avec une somme de 500 francs à M. le Dr Germaix, aide-major de 1re classe au 154e régiment d'infanterie, à Commercy (Meuse). Épigraphe du mémoire : « *Omnia labore.* » 2° Une mention honorable à M. le Dr Bernard, médecin à la

©BIUM

Ruche, Dinard-les-Bains (Ille-et-Vilaine), auteur d'un travail portant cette devise : « *Guérir quelquefois, soulager toujours.* »

Dans la même séance, l'Académie a fait connaître les prix proposés pour les années 1890, 1891 et 1892. Les *Annales* ont déjà publié (V. n^{os} de janvier 1888, p. 159 et de janvier 1889, p. 169) les questions relatives à la pathologie mentale et nerveuse, proposées pour les deux premières années; voici ceux proposés pour l'année 1892 :

Prix Civrieux. — 900 francs. — Question : *Établir, par des recherches cliniques et anatomopathologiques, la nature des pseudo-paralysies saturnine et alcoolique.*

Prix Falret. — 1,000 francs. — Question : *Accidents nerveux de l'urémie.*

NOTA. — Les concours des prix de l'Académie de médecine sont clos, tous les ans, fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours doivent être écrits lisiblement, en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les nom et adresse des auteurs.

PRIX DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

L'Académie des sciences a tenu sa séance publique annuelle le lundi 30 décembre 1889, sous la présidence de M. Hermitte. Parmi les récompenses qui ont été proclamées, nous relevons les suivantes, décernées à des travaux sur la physiologie et la pathologie du système nerveux :

Prix Montyon de médecine et de chirurgie. — Une citation est accordée à M. A. RÉMOND, pour ses *Recherches expérimentales sur la durée des actes psychiques les plus simples et sur la vitesse des courants nerveux.*

Prix Lallemand. — 1,800 francs. — Travaux relatifs au système nerveux. — Le prix est décerné à M. le D^r PAUL LOYE, pour son ouvrage intitulé : *La mort par décapitation.*

Prix Bellion. — 1,400 fr. — Ouvrages ou découvertes profitant surtout à la santé de l'homme ou à l'amélioration de l'espèce humaine. — Le prix est partagé entre : 1° M. F. LAGRANGE, pour la seconde édition de son livre intitulé : *Physiologie des exercices du corps ;* 2° MM. LABORDE et MAGNAN, pour leurs nouvelles recherches *sur l'alcool et sa toxicité.*

Prix L. Lacaze. — 10,000 fr. — Destiné à l'auteur du meilleur travail sur la physiologie. — Ce prix est décerné à M. FRANÇOIS-FRANCK, professeur suppléant au Collège de France, pour l'ensemble de ses travaux sur la physiologie, et particulièrement à son ouvrage sur *les fonctions motrices du cerveau.*

©BIUM

LES ALIÉNÉS EN SERBIE

Notre confrère, M. le Dr Milan Vassitch, médecin de département en Serbie, membre associé étranger de la Société médico-psychologique, nous informe que le gouvernement serbe vient de le nommer médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Belgrade. Il nous communique en même temps les renseignements suivants :

L'asile de Belgrade est le seul établissement d'aliénés de la Serbie ; il a été fondé en 1861 et peut contenir 200 malades. Actuellement, sa population est de 217 personnes, dont 194 aliénés (H. 120 et F. 74) et 23 infirmiers des deux sexes. M. Vassitch applique à ses malades la classification statistique adoptée par le Congrès international de médecine mentale de 1889, et voici l'intéressant tableau qu'il nous envoie :

		Hommes.	Femmes.
1. Manie		1	2
2. Mélancolie		28	10
3. Folie périodique		»	3
4. Folie systématisée progressive		24	3
5. Démence vésanique		22	25
6. Démence organique et sénile		8	6
7. Paralysie générale		8	1
8. Folies névrosiques	hystérique	1	5
	épileptique	16	6
	hypocondriaque	2	»
	cataleptique	2	»
	choréique	1	»
9. Folie toxique		»	»
10. Folie morale et impulsive		2	4
11. Idiotie et crétinisme		5	9
Total		120	74

Nous sommes heureux de pouvoir féliciter notre collègue de sa nomination. M. Vassitch a fait ses études médicales en France ; élève distingué du professeur Lasègue, il représentera dignement, dans son pays, les doctrines de cet illustre maître. Il nous promet de nous envoyer, de temps à autre, des notes sur les maladies mentales en Serbie ; les *Annales* les insèreront d'autant plus volontiers que ce seront là des documents pour l'étude comparée de la folie selon les races et les nationalités, qui n'est pas même ébauchée.

©BIUM

UN ALIÉNÉ EN LIBERTÉ

Le 15 octobre, à Tinténiac, arrondissement de Saint-Malo, on découvrit, dans le grenier d'une petite habitation de ferme, le cadavre de la femme X...; son fils était couché près d'elle et dormait d'un calme et profond sommeil; une partie des intestins de la mère était jetée sur son épaule, le fils l'avait éventrée. Réveillé, celui-ci se trouva tout effaré; ses facultés en désarroi le plus complet ne pouvaient laisser aucun doute sur l'état mental. La justice le prit à sa disposition. Le Dr Sorre, appelé pour constater l'état du cadavre, constata d'abord une violation sexuelle. L'autopsie permit de constater que l'individu, après la monstruosité de son acte, avait passé son bras dans le vagin et, avec une violence inouïe d'agissement dont, par malheur, la conclusion est indéniable, avait défoncé le fond du conduit, jeté la matrice de côté et pénétré dans la cavité abdominale d'où il avait rapporté deux mètres d'intestin brutalement déchirés; il arriva jusqu'au foie, dont il rapporta quelques lambeaux; puis il se coucha près de sa mère et dormit. L'autopsie fit découvrir de larges foyers hémorragiques très récents; la conclusion médico-légale a été qu'une attaque d'apoplexie subite avait saisi la femme X..., quand elle monta à son grenier. L'enquête, en effet, a prouvé que cette malheureuse allait voir où était son fils; celui-ci est monté après elle, l'a trouvée morte, a assouvi sa passion bestiale et s'est livré ensuite aux actes de férocité anatomique dont aucune plume ne saurait décrire assez suffisamment toute l'horreur. L'individu était un alcoolique très aliéné depuis longtemps. Il y a un an, un médecin certifiait son état mental en le déclarant très dangereux; l'Administration, pour des motifs qu'il ne nous appartient pas de connaître, retarda l'internement. On voit les conséquences. De ce fait qui n'étonnera aucun aliéniste et dont je ne connais pas le pareil, comme monstruosité à tous points de vue, il ressort *de plano* qu'une réforme considérable s'impose pour les placements d'aliénés. Toutes les utopies développées depuis vingt ans ont donné, dans certaines sphères, un courant désastreux. En se plaisant à démontrer que les asiles étaient des Bastilles où le bon plaisir exerçait son action sur la liberté individuelle, on a opprimé les bonnes initiatives de l'Administration qui, jadis, agissait sur tous points légaux, avec une légitime sanction. A l'heure actuelle, chaque mairie, chaque préfecture ont peur d'elles-mêmes et de leurs responsabilités; on place quand la commission des actes dangereux ne laisse plus de doute. Or, si la liberté individuelle est respectable, j'aime à

©BIUM

croire que la sécurité publique l'est encore davantage. D'après les novateurs de nos jours, d'après les protagonistes de la loi nouvelle, où commence et où finit la sauvegarde de la société contre les aliénés à l'extérieur? — A qui doit-on s'adresser lorsqu'un acte délictueux ou criminel n'est pas encore commis, et qu'il y a néanmoins péril imminent pour faire interner un individu? — Comme on voit, la question des placements de la part de l'autorité laisse bien à désirer. Tous mes confrères seront, j'en suis sûr, en communion d'idées avec moi, et je me propose de revenir sur cette thèse, à propos de laquelle j'engage respectueusement l'Assistance publique et les nouveaux législateurs à bien réfléchir.

L'individu dont nous avons raconté toutes les hideurs d'action se nomme Désiré Harang; il est cultivateur à la Morandais, en Tinténiac (Ille-et-Vilaine). Après deux jours de détention, il a été relâché. Si la mise en liberté a eu lieu, la faute en est à notre Code, qui veut que le monstrueux forfait d'Harang ne soit prévu par aucun texte de loi. Son instinct bestial ne s'est déchaîné que sur un cadavre — le cadavre de celle qui lui donna le jour! — Or, pour être punissable, il faudrait qu'il y eut violation de sépulture.

Il n'en est pas moins vrai que la société, nous le répétons, devrait être protégée contre les folies furieuses de phénomènes aussi dangereux, et le parquet aurait dû et devrait prendre des mesures pour mettre l'individu hors d'état de nuire. Je ne comprends point vraiment que le malheureux n'ait pas déjà été ramassé, puisque depuis longtemps un rapport médico-légal avait conclu à son internement. On eût évité ainsi, sinon un crime, au moins un fait monstrueux, contraire à la nature; il serait à désirer que les magistrats, d'entente avec l'Administration, pussent mettre les habitants du canton de Tinténiac, à l'abri des folies furieuses du cultivateur de la Morandais, funeste d'autant plus que la folie, folie des plus dangereuses, est d'une triste hérédité dans la famille; la victime aurait, elle-même, autrefois, au cours d'un accès, tué d'un coup de pied le père de ce fils qui vient de la mutiler d'une façon si horrible.

Dr Henry Bonnet.

FAITS DIVERS

Asiles d'aliénés. — La commission administrative des hôpitaux de Poitiers a pris la résolution de mettre au concours la place de médecin du quartier des aliénés, laissée vacante par la démission de M. le Dr Solaville. L'époque de ce concours sera fixée ultérieurement.

©BIUM

Le service des aliénés à Saint-Pétersbourg. — La première maison d'aliénés à Saint-Pétersbourg a été fondée en 1779. En 1789, la population de cette ville était de 217,948 habitants et il existait en tout 44 lits pour les aliénés, c'est-à-dire un lit par 4,953 habitants. Cent ans après, la situation a bien changé : sur une population de 928,016 habitants, la ville de Saint-Pétersbourg possède actuellement plus de 2,035 lits d'aliénés (dans les établissements publics et privés), c'est-à-dire, au moins, un lit par 456 habitants. (*Progrès médical*, n° du 12 décembre 1889.)

Une séquestration. — Sous ce titre, les journaux politiques donnent le récit d'un procès en séquestration arbitraire d'une aliénée. Nous ferons remarquer toutefois la contradiction qu'on y relève : on nous dit que la prétendue aliénée a été conduite à l'hospice en vertu d'un certificat délivré par *cinq* médecins, et *un* seul médecin a été condamné. Quoi qu'il en soit, voici le compte rendu de ce procès, tel que nous le trouvons dans le *Temps* (n° du 19 décembre 1889) :

« Il y a deux ans, une dame Lediacre, marchande de chaussures à Carentan, était dénoncée comme folle par l'un de ses ouvriers. On la saisit, on l'attacha si fortement que les poignets en gardèrent des traces sanglantes, et on la conduisit, la nuit, à l'hospice de Saint-Lô, où, en vertu d'un certificat délivré par cinq médecins, elle fut mise au cabanon.

Dès la première visite, le médecin de l'hospice, le Dr Thomas, constata que la prétendue folle répondait avec calme et patience à ses questions, et avec une raison parfaite. Sans le dossier qu'on lui avait donné, il l'aurait fait tout de suite mettre en liberté.

Dans l'intervalle, Mme Lediacre ne pouvant être à la fois au cabanon et à son magasin, on prononça sa faillite.

Rendue à la liberté peu de temps après, mais ruinée, elle assigna devant le tribunal de Saint-Lô le médecin qui avait délivré le certificat, et son ouvrier, un nommé Leblond. Le tribunal la débouta de sa demande.

Mais la Cour de Caen vient de réformer ce jugement. Elle a décidé que, sans doute, le médecin avait été de bonne foi, en acceptant les déclarations mensongères de Leblond, mais qu'il avait eu le tort grave de s'en rapporter à ces déclarations.

Le médecin et Leblond sont condamnés solidairement à 10,000 francs de dommages-intérêts. »

L'affaire de l'asile d'Armentières. — Jeudi est venue, devant le tribunal correctionnel de Lille, l'affaire de l'asile d'Armentières.

L'inculpé Wilhems, qui était ouvrier de fabrique de son état, entrait à l'asile d'aliénés d'Armentières le 9 avril 1889. Le

©BIUM

23 avril, le directeur de l'établissement le désignait pour les fonctions de baigneur. Le 3 mai, un nouveau pensionnaire, Grimard, était admis à l'asile et ordre était donné à Wilhems de lui faire prendre un bain à deux heures et demie de l'après-midi.

Wilhems prépara son bain et s'en fut chercher le pensionnaire; il réclama même l'aide de son collègue Feutrier, préposé à son ancien service, et ces deux hommes placèrent Grimard dans la baignoire. C'est après le départ de Feutrier que Wilhems ouvrit le robinet, et, par une erreur inconcevable de la part du baigneur, lâcha l'eau bouillante avant d'avoir été mélangée.

Wilhems, aussitôt le tour de robinet donné, lava trois autres baignoires, et ce n'est que cinq minutes après qu'il s'aperçut que le pauvre fou était en proie à d'horribles souffrances ; il ouvrit alors le couvercle et le malheureux Grimard fut rapporté dans son lit, où il mourut quelques instants après.

Le tribunal a condamné Théodore Wilhems, coupable d'homicide involontaire, à un mois de prison et à 15 fr. d'amende. (*Journal des Débats*, n° du dimanche 29 décembre 1889.)

Les frais de pension des aliénés. — Le préfet de la Gironde contre le préfet du Nord. — On lit dans l'*Impartial du Nord :* Une curieuse affaire va être plaidée d'ici peu devant le tribunal civil de Lille. Voici les faits : En 1839, un sieur Provost, originaire du Nord, fut frappé d'aliénation mentale au cours de son congé militaire, à Bordeaux. Il fut interné à l'asile d'aliénés de Cadillac (Gironde), et l'autorité militaire paya sa pension jusqu'en 1841, époque de sa libération du service militaire. A partir de cette date jusqu'en 1884, année de sa mort, Provost resta à l'asile à la charge du département de la Gironde.

C'est il y a quelques années seulement que le préfet de ce département observa que les frais d'entretien de l'asile devaient incomber au département du Nord, dont Provost était originaire, et qu'il adressa une réclamation en payement de 18,000 fr. A cette réclamation, il fut répondu par une fin de non-recevoir absolue.

Le préfet du Nord oppose, en effet, à la demande de son collègue la prescription de cinq ans établie par l'article 2276 du Code civil pour toutes sommes payables par année ou à époques fixées.

Mais le préfet de la Gironde prétend que cette courte prescription ne peut s'appliquer en l'espèce; le département de la Gironde, en payant pour le compte du département du Nord, dont il était d'ailleurs le codébiteur, s'est fait le gérant d'affaires de ce dernier, et de là est née une créance qu'avait l'asile de Cadillac envers les deux départements.

©BIUM

A cette nouvelle créance est applicable seulement la prescription de trente ans ; en conséquence, le préfet de la Gironde retranche de sa demande ce qui est atteint par cette prescription et réduit ses prétentions à une somme d'environ 12,000 fr. C'est sur cette question que portera la discussion.

Un hypnotiseur en justice. — On lit dans le *Temps* (n° du samedi 30 novembre 1889) : « Le tribunal de Nuremberg, en Bavière, vient de juger une intéressante affaire d'hypnotisme.

Dans la nuit du 26 au 27 juillet dernier, le commis-négociant Léonard Putz prenait des consommations au café de l'Orient. Les consommations lui étaient servies par une femme. Putz invita la femme à le regarder dans le blanc des yeux. La femme obéit, et elle ne tarda pas à tomber dans un état d'invincible somnolence; Putz renouvela sa tentative une demi-heure après, avec plus de succès encore. La jeune fille, se sentant prise de sommeil, eut encore la force de se traîner dans une pièce voisine, et là, elle s'endormit si profondément que le propriétaire du café et sa femme essayèrent en vain, pendant dix minutes, de lui faire reprendre ses sens. Effrayés, ils appelèrent un médecin. Le médecin insuffla de l'air à la patiente par des moyens artificiels; il chercha à réveiller la sensibilité de la peau par divers moyens : rien n'y fit, le sommeil persista. Enfin, le médecin passa la main sur la figure de la jeune fille et cria d'une voix forte : « Réveille-toi! » La dormeuse se réveilla et, ouvrant les yeux, elle s'écria avec effroi : « L'homme aux yeux terribles est-il encore là? » On la rassura, et elle reprit son service sans autre accident.

Putz fut cité à comparaître devant la justice de Nuremberg pour avoir commis le délit d'attentat à la liberté de la jeune femme. L'affaire a été jugée à la fin de la semaine dernière. Le ministère public a requis la peine de l'emprisonnement pendant huit jours pour l'hypnotiseur. Putz a été acquitté, le tribunal ayant admis que la jeune fille savait quel pouvoir exerçait l'hypnotiseur, celui-ci, ayant à plusieurs reprises, fait en sa présence des expériences semblables à celle dont elle a été la victime et au sujet de laquelle elle avait porté plainte. »

ENSEIGNEMENT

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Clinique des maladies mentales* (asile Sainte-Anne). — M. le professeur B. BALL a commencé son cours de clinique des maladies mentales le dimanche 10 novembre, à 10 heures du matin; il les continuera les jeudis et dimanches suivants à la même heure. La première

©BIUM

leçon a été consacrée à l'étude des *persécutés en liberte*. — M. le Dr Rouillard, chef de clinique, médecin-adjoint de l'asile Sainte-Anne, fera des conférences pratiques tous les mercredis, à 4 heures de l'après-midi (Pavillon Leuret).

M. Gilbert Ballet, agrégé, a commencé des conférences de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale, le mardi 12 novembre 1889, à 4 heures (salle Laënnec), et les continuera les mardis, jeudis et samedis, à la même heure.

Faculté de médecine de Nancy. — M. le Dr Langlois, médecin en chef à l'asile de Maréville, est chargé, pour l'année 1889-1890, d'un cours complémentaire de clinique des maladies mentales.

Asile Sainte-Anne. — M. Magnan a repris, dans l'amphithéâtre de l'Admission, ses leçons cliniques, le dimanche 17 novembre 1889, à 9 h. 1/2 du matin, et les continuera les dimanches et mercredis suivants, à la même heure. Les conférences du mercredi sont consacrées à l'étude pratique du diagnostic de la folie; — les leçons ont plus particulièrement pour objet, cette année, l'étude des *folies intermittentes* (*simple, périodique, double forme, circulaire, alterne,* etc.).

Collège de France. — M. Th. Ribot a repris son cours de *psychologie expérimentale et comparée*, le lundi 2 décembre 1889, et le continuera les lundis et jeudis suivants. Il étudiera, les lundis, à 3 heures, les *images et les hallucinations*, et les jeudis, à 3 h. 1/4, la *psychologie des mouvements*.

École pratique des Hautes-Études. — M. Jules Soury, maître de conférences près la section des sciences historiques et philologiques, a repris son cours le lundi 18 novembre 1889. Il fera l'*histoire des doctrines psychologiques contemporaines*, et en particulier celle des théories de la sensibilité générale, les lundis, à 4 h. 1/2; il étudiera, chez M. Munk, diverses questions de *psychologie physiologique* les vendredis, à 4 h. 1/2.

Pour les articles non signés :

Ant. Ritti.

1661. — Paris. Typographie Gaston Née, rue Cassette, 1.

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

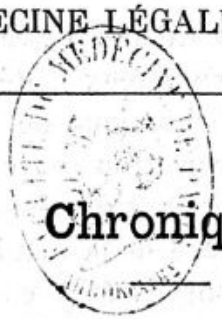
JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Chronique.

Les persécutés en liberté. — De la mélancolie et de ses diverses variétés. — De la sécrétion gastrique chez les aliénés mélancoliques. — La médecine nutritive en psychiatrie. — Distribution et isolement des aliénés. — *Étude médico-psychologique sur Shakespeare et ses œuvres, sur Hamlet en particulier;* par le Dr Biaute.

Le 18 décembre 1889, M. Roux, directeur des affaires départementales à la préfecture de la Seine, a été assassiné, dans son cabinet, par un de ses employés, un jeune homme nommé Regad, qui était un de ses protégés. Cet odieux attentat a produit une vive et douloureuse impression, d'autant plus que la victime, fonctionnaire d'une haute intelligence et d'un vaste savoir, était universellement estimée. Quant au meurtrier, qui a froidement combiné et commis cet assassinat, c'est un aliéné qui, depuis plusieurs années, manifestait par ses actes et dans ses écrits les symptômes du délire de persécution.

Quelques jours après ce cruel événement et par une coïncidence imprévue, la *Revue scientifique* (numéro du

©BIUM

21 décembre 1889) publiait la leçon d'ouverture du cours de clinique des maladies mentales de M. Ball. Le savant maître y traitait des *persécutés en liberté*. Ce sujet est tout d'actualité ; il a une portée médicale et sociale évidente, qu'on ne saurait nier en présence des faits délictueux et criminels commis journellement par ces malades.

La question mérite d'ailleurs d'être étudiée dans un travail d'ensemble ; de nombreux matériaux sont épars dans les auteurs et la chronique de la criminalité se charge, hélas ! d'en fournir trop souvent de nouveaux. M. Ball n'a pas épuisé le sujet dans cette première leçon ; mais il nous a tracé de la manière de vivre des persécutés, lorsqu'ils sont livrés à eux-mêmes, un tableau très vivant, où se trouvent résumées les principales excentricités que commettent ces malades. Il n'en est pas une qui ne soit une réaction contre un symptôme délirant. S'agit-il d'un toxicophobe, il changera tous les jours de fournisseurs ou de restaurant, il ira chercher de l'eau potable à une distance très éloignée de son domicile, fera des marches et des contre-marches pour ne pas être dépisté par ses persécuteurs, ou bien aussi il portera ses aliments au Laboratoire municipal pour les faire analyser. — Le persécuté s'imagine-t-il que des regards indiscrets l'espionnent par les fentes du parquet, par la cheminée, par le trou de la serrure ; que les voix qu'il entend pénètrent par ces diverses ouvertures, il s'ingéniera à les boucher toutes avec le plus grand soin. Enfin, pour échapper aux voix qui les poursuivent et aux mille tracasseries auxquelles ils se croient en butte, ces malades prennent souvent le parti de fuir leur domicile. On a alors ce qu'on a appelé les *persécutés migrateurs*. M. Ball les divisent en trois grandes classes : 1° les persécutés voyageurs ; 2° les persécutés déménageurs ; 3° les persécutés visiteurs.

©BIUM

Nous ne saurions suivre pas à pas le savant maître dans la description qu'il fait de ces trois modes de migration du persécuté ; il nous semble bon de rappeler toutefois que si le persécuté fait parfois de longs voyages, ce n'est pas toujours uniquement afin de se soustraire aux voix qui le poursuivent et aux ennemis invisibles qui le tourmentent, mais aussi afin de mettre à exécution les idées de grandeur qui le préoccupent. Le célèbre mémoire de notre si regretté collaborateur et ami Foville en contient plusieurs exemples bien nets et bien précis.

Le paragraphe vraiment neuf de cette description est celui consacré au persécuté visiteur. Malheur au médecin en butte aux obsessions d'un tel client ! M. Ball lui donne le moyen, à l'aide de trois caractères bien visibles, de le diagnostiquer dès le premier abord : Et d'abord, le visiteur « se présente comme un homme sûr de son affaire et convaincu que vous connaissez dans ses moindres détails son histoire passée : il vous parle en faisant allusion à une multitude de faits qu'il suppose connus et sur lesquels il passe rapidement sans explication ; il emploie des néologismes souvent incompréhensibles, et s'étonne, j'allais dire s'indigne, quand on ne le comprend pas..... En second lieu, le persécuté s'imagine que vous devez naturellement prendre fait et cause pour lui ; que vous condamnez, comme lui, la mauvaise foi de ses adversaires, que vous ne concevez aucun doute sur l'intégrité parfaite de son esprit, et qu'au besoin vous lui donneriez un certificat favorable. Le moindre refus, la moindre hésitation à cet égard l'exaspère et le met hors de lui. Enfin, le persécuté se fait remarquer par sa ténacité. Rien de plus difficile, une fois la conversation entamée, que de se débarrasser de lui et surtout de l'éconduire sans lui avoir accordé sans restriction tout ce qu'il demande. »

©BIUM

De pareils malades rentrent déjà dans la catégorie des persécutés persécuteurs, parmi lesquels se recrutent les processifs, ceux qui se livrent à des dénonciations calomnieuses, à des agressions coupables contre les autorités, à des attentats contre les personnes, à des assassinats (1). Ce sont les persécutés dangereux et malfaisants, contre lesquels il est du devoir de l'autorité de prendre le plus tôt possible des mesures préventives dans l'intérêt de la sécurité publique et de la sûreté des personnes. Nous ne partageons nullement l'opinion de ces publicistes et même de ces magistrats, qui ne voudraient la séquestration des aliénés dangereux, que lorsqu'ils se sont montrés tels, c'est-à-dire qu'ils ont commis un acte attentatoire à la sécurité des personnes. Avec de telles idées, on n'enfermera un persécuté que lorsqu'il a commis un crime ; et c'est ce qui arrive le plus souvent, c'est ce qui est encore arrivé dans le cas de l'assassin de M. Roux. Et cependant là, comme dans tous les autres faits analogues, on ne saurait arguer de l'ignorance de la maladie. Depuis plusieurs années, en effet, Regad donnait des signes d'aliénation mentale et sa malheureuse victime le savait. « En 1886, nous écrit notre savant collaborateur, M. le Dr Henry Bonnet, M. Roux avec qui j'étais en relation, me parla, lors d'une visite qu'il me fit à l'asile de Châlons-sur-Marne, d'un jeune homme (c'était Regad), auquel il portait beaucoup d'intérêt, brave garçon, disait-il, mais fort original ; il avait des doutes sur son état d'équilibre mental, tout en mettant cela sur le compte de l'efflorescence de la jeunesse ; il me demanda, en simple conversation, mon avis. D'après différents détails, je crus pouvoir dire à M. Roux : « Méfiez-vous ; pour moi, *approximativement*, je dia-

(1) Voir notre article *Persécution* (*Délire de*), du Dictionnaire de Dechambre.

©BIUM

« gnostique un instinctif avec idées de persécution. Sous « l'allure franche et sournoise en même temps, par « laquelle vous me le dépeignez, j'envisage un être qui « *peut* combiner *tout seul*, et avec la plus grande traî- « trise, ses convictions et arriver à des déterminations « d'actes fatals. Un aliéné persécuté est persécuteur. » — « Vous voyez les choses trop en noir, » me répondit M. Roux, et la conversation en resta là. »

Ce fait se passe, croyons-nous, de commentaires.

La question de la mélancolie et de ses diverses variétés, actuellement à l'ordre du jour de la Société médico-psychologique, a été le sujet d'une courte discussion au Congrès annuel des médecins aliénistes allemands, qui s'est tenu à Iéna les 12 et 13 juin 1889. M. le professeur Mendel, de Berlin, est venu lire une intéressante communication intitulée : *Contributions cliniques sur la mélancolie* (1). L'auteur montre d'abord que tous les aliénistes, tant anciens que modernes, sont unanimes, sinon sur les termes, du moins sur les éléments fondamentaux de la définition de la mélancolie ; les divergences ne se produisent que lorsqu'il s'agit de diviser en sous-groupes les types cliniques si variés de troubles mélancoliques. Chaque auteur a sa classification, reposant sur des principes différents. Celle que propose M. Mendel, part des considérations suivantes : « Le symptôme saillant et essentiel des folies mélancoliques est le trouble morbide des sentiments. Or, les sentiments accompagnent tantôt nos sensations, et sont alors appelés sentiments *sensoriels ;* tantôt ils accompagnent les associations aperceptives de nos représentations, et sont alors appelés sentiments *intellectuels*,

(1) Klinische Beitræge zur Melancholie. In *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1889, t. XLVI, 4e fasc. p. 438. — Voir, pour la discussion au Congrès d'Iéna, même fasc. p. 496 et suiv.

©BIUM

parmi lesquels nous avons l'habitude de remarquer surtout les sentiments esthétiques, moraux, religieux. » D'où trois formes de mélancolie : 1° la première caractérisée par la prédominance exclusive ou presque exclusive des troubles sensoriels (hallucinations du sens musculaire et surtout de sens de l'organisme) : c'est la *mélancolie hypocondriaque;* 2° dans la deuxième rentrent les cas où ce sont surtout les sentiments intellectuels qui sont troublés. Les malades prétendent se bien porter, ne pas être du ressort du médecin, mais de la justice ; ils sont coupables, ils ont failli vis à vis de Dieu et de leurs sentiments. M. Mendel appelle cette variété, la *mélancolie intellectuelle*, et y fait rentrer la mélancolie religieuse des auteurs ; 3° enfin, il existe une forme, dans laquelle les sentiments sensoriels, ainsi que les intellectuels sont troublés, c'est la *mélancolie générale.* Les malades qui en sont atteints s'imaginent que leur corps est désorganisé, que leur rectum est rétréci, que tout leur intérieur est brûlé ; ils ajoutent qu'ils ressortissent au tribunal de Dieu, qu'ils ont offensé Jésus-Christ. D'autres disent qu'ils ont fait banqueroute et, en même temps, qu'ils souffrent d'une maladie contagieuse, etc.

Dans la plupart des cas, cette mélancolie générale évolue à la suite d'une mélancolie hypocondriaque antérieure, plus rarement d'une mélancolie intellectuelle. En outre, la mélancolie avec stupeur n'est qu'une variété de la mélancolie générale, dont elle n'est souvent qu'une phase.

En se basant sur sa classification, M. Mendel se livre à des recherches statistiques, dont il serait trop long de reproduire les chiffres ; mais il nous paraît intéressant de faire connaître les conclusions suivantes qu'il en a tirées :

La mélancolie intellectuelle est de beaucoup la forme

©BIUM

la plus fréquente, et la mélancolie hypocondriaque la plus rare.

La mélancolie prend chez les hommes, beaucoup plus souvent que chez les femmes, la forme de la mélancolie hypocondriaque ; tandis que chez celles-ci la mélancolie intellectuelle prédomine. La mélancolie générale se présente de même relativement plus souvent chez les hommes que chez les femmes.

La mélancolie en général éclate, dans le sexe féminin, à un âge plus tendre que dans le sexe masculin : avant vingt ans, on a la proportion de 8 p. 100 pour le sexe féminin et seulement de 2 1/2 p. 100 pour le sexe masculin. Particulièrement fréquente dans les deux sexes de vingt à trente ans, la mélancolie se développe pour la première fois dans les âges ultérieurs, plus souvent chez les hommes que chez les femmes.

M. Mendel termine son intéressante étude par des recherches sur les récidives chez les mélancoliques, et il nous apprend que c'est dans la mélancolie hypocondriaque qu'elle s'observe le plus souvent, puis dans la mélancolie générale ; enfin, qu'elle est plus rare dans la mélancolie intellectuelle. « Dans la majorité des cas, la récidive ne se déclarait qu'au bout de trois années de guérison ; rarement déjà après un ou deux ans. D'ordinaire on observe un temps plus long entre les accès : six, huit, dix, douze ans ; par exception, vingt-six et trente-quatre ans.

« Assez souvent on observe des récidives répétées, quatre, cinq, six fois. Dans le dernier cas, après cinq, dix, vingt, vingt-six et trente ans après le premier accès ; dans un cas après cinq, dix-neuf, vingt-quatre ans ; dans un autre après quatre, dix, quatorze, dix-sept ans après le premier accès. Ces faits prouvent que, même après des récidives répétées, la guérison peut encore s'obtenir. »

©BIUM

Les objections faites à M. Mendel par ses collègues, MM. Snell et Binswanger, ne roulent que sur la question de la relation de l'hypocondrie avec la mélancolie : le premier affirmant que tous les mélancoliques sont hypocondriaques ; le second réclamant une séparation plus complète de la mélancolie et de l'hypocondrie. En ce qui concerne ce dernier point, M. Mendel fait remarquer qu'il distingue très nettement l'hypocondrie de la mélancolie hypocondriaque. « Ainsi pour citer un exemple, l'hypocondriaque dit : Le corps est plein, l'estomac gonflé, je n'ai pas de garde-robe, etc.; la mélancolique hypocondriaque dit la même chose, mais il ajoute que ce mal corporel est la suite d'une vie de débauche, une punition de Dieu, etc. » Quant à l'assertion de M. Snell, que tout mélancolique a des sensations hypocondriaques, M. Mendel lui oppose ces cas de mélancolie dans lesquels le malade ne se plaint que de sa méchanceté, de sa dépravation, etc., et ne manifeste aucune trace de sensation hypocondriaque. L'anxiété précordiale n'appartient pas à ce genre de sensations.

On le voit, en Allemagne comme en France, les médecins aliénistes sont encore loin d'être d'accord sur les variétés de la mélancolie.

En dehors de ces questions de nosographie, l'étude de la mélancolie présente bien d'autres problèmes à résoudre pour les esprits chercheurs, qui aiment les voies nouvelles et ne reculent pas devant la difficulté des investigations. Parmi ces problèmes, se placent en première ligne les troubles de la digestion et en particulier ceux de l'estomac. On sait que chez les mélancoliques et les hypocondriaques, l'anorexie et même la dyspepsie sont fréquentes. Pour expliquer ces phénomènes, Krafft-Ebing admettait une diminution ou un

©BIUM

changement chimique des produits de sécrétion des organes digestifs. Mais ce n'était qu'une hypothèse. Il appartenait à M. Carl Von Noorden, de Giessen, de publier les premières expériences cliniques sur la digestion stomacale dans les maladies mentales et en particulier dans la mélancolie (1). Voici, en ce qui concerne cette dernière affection, les résultats auxquels il est arrivé et qu'il résume dans les aphorismes suivants :

« 1° L'évacuation de l'estomac après le principal repas, composé d'un régime varié, est accélérée.

« 2° L'acidité générale atteint pendant la digestion une proportion telle qu'on ne l'observe jamais ou que très rarement chez les personnes bien portantes (hyperacidité).

« 3° Cette grande acidité dépend exclusivement ou presque exclusivement de la présence d'acide chlorhydrique libre. Rarement, il s'y mêle des acides organiques, et seulement alors en petites quantités.

« 4° La puissance digestive de l'estomac est remarquable surtout en ce qui concerne la viande. La puissance digestive du contenu extrait et filtré, est à peu près normale pour les matières albuminoïdes.

« 5° Il n'existe pas d'hypersécrétion continue du suc gastrique, en ce sens que la sécrétion de ce suc persisterait même dans les moments où l'estomac ne contiendrait plus d'aliments.

« 6° Dans aucun cas, on n'a observé de dilatation de l'estomac. »

M. le Dr F. Pachoud, médecin de l'asile d'aliénés de Bois-de-Cery, en Suisse, a repris les expériences de M. Charles Von Noorden, et il a publié les résultats

(1) Klinische Untersuchungen über die Magenverdauung bei Geisteskranken. Ein Beitrag zur Lehre von der nervösen Dyspepsie. In *Archiv. für Psychiatrie*, 1887, t. XVIII, p. 547.

©BIUM

qu'il a obtenus dans un excellent travail, dont nous recommandons la lecture à tous ceux qu'intéresse cette question (1).

Après un exposé rapide de la méthode et des procédés employés, l'auteur relate l'histoire des treize malades sur lesquels il a opéré et qui sont des mélancoliques, sous les formes les plus variées, aigus ou chroniques, simples ou anxieux, etc. Il arrive aux mêmes conclusions que le médecin allemand : l'accélération de la digestion chez les mélancoliques ; l'hyperacidité du suc gastrique, due à la présence de l'acide chlorhydrique libre, etc. Notre savant confrère suisse ne s'en tient pas à ces constatations cliniques, il en tire des conséquences pratiques pour le traitement des mélancoliques.

En effet, l'hypersécrétion de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique devant, à la longue, produire un certain désordre sur la muqueuse stomacale, il s'agit d'empêcher cet excès d'acide de nuire. « Pour cela, dit notre auteur, deux moyens sont à notre disposition : 1° Neutraliser l'acide par les alcalins (bicarbonate de soude, etc.) trois ou quatre heures après le repas, c'est-à-dire au moment où la sécrétion d'HCL est la plus forte. 2° Employer cet acide à digérer la plus grande quantité d'albumine que possible ; le faire servir de cette façon à la nutrition de l'individu et contribuer ainsi directement à la guérison. ». M. Pachoud résume le régime diététique dans la formule suivante : diète lactée, suivie d'une alimentation albumineuse abondante et variée le plus possible.

Les conséquences pratiques de sa donnée théorique demandent, de l'avis même de notre confrère, à être

(1) *Recherches sur la sécrétion gastrique chez les aliénés atteints de mélancolie.* Broch. in-8°. Lausanne, 1888.

©BIUM

complétées et poursuivies pendant plus longtemps qu'il n'a pu le faire encore. Cependant les résultats obtenus lui permettent d'espérer que, dans bien des cas, un régime diététique approprié et basé sur la connaissance des faits chimiques, objet de ses recherches, deviendra un moyen thérapeutique des plus utiles dans le traitement de la mélancolie.

Dans le même ordre d'idées a été conçu le travail de M. Semal, de Mons, *la Médecine nutritive en psychiatrie*, communiqué à l'Académie de médecine de Belgique (séance du 26 janvier 1889). Notre savant confrère belge part de la donnée suivante : « J'ai pu, écrit-il, constater depuis vingt ans, sur près de trois mille aliénées, soumises à mon examen, que, sans exagération, les huit dixièmes d'entre elles présentaient les signes extérieurs de l'anémie et que, parmi les admissions récentes, les sujets dont la crase sanguine subissait une modification favorable *prompte*, étaient les seuls qui parvenaient à la guérison, tandis que le défaut hémoglobique persistait chez les incurables. » Il est donc important d'examiner l'état du sang chez les aliénés pendant le cours de leur affection et lorsqu'on trouvera les altérations identiques à celles de la chlorose et de l'anémie : « diminution et modifications morphologiques des hématies, abaissement de l'hémoglobine et, dans le cours de la convalescence, altérations dans la proportion des deux éléments jusqu'au retour de l'état normal, sans compter les modifications apportées au sérum par la diminution des éléments minéraux », il sera urgent de combattre cette pauvreté du sang par une alimentation appropriée. Mais il ne suffit pas d'instituer une diète réparatrice : « *il faut arriver jusqu'à la suralimentation sous le moindre volume possible*, selon que l'analyse du sang aura révélé des altérations plus ou

©BIUM

moins profondes ; et puisqu'il a été prouvé que l'hémoglobine croît avec la proportion d'azote des aliments, c'est aux aliments azotés qu'il faut avoir principalement recours, sans préjudice, bien entendu, des autres indications thérapeutiques qui tendent au même but, mais qui n'interviennent qu'à titre accessoire dans l'ensemble du traitement : l'hydrothérapie, l'électrisation, etc... »

Des considérations précédentes, M. Semal tire d'abord une indication hygiénique s'appliquant à tous les aliénés en général, c'est-à-dire l'indispensable nécessité d'introduire un régime alimentaire suffisamment réparateur dans les asiles recevant des malades des classes nécessiteuses. En ce qui concerne ce premier point, notre confrère a obtenu satisfaction dans l'asile qu'il dirige ; le bénéfice qu'ont retiré ses malades de cette amélioration du régime s'est affirmé très nettement par l'abaissement du chiffre de la mortalité.

Quant à l'indication thérapeutique, elle consiste à « instituer une médication nutritive spéciale pour tous les sujets indistinctement qui présentent une altération ou un ralentissement notables de la nutrition générale, quel que soit le cortège symptomatique des troubles nerveux ou psychiques qui les accompagnent ». M. Semal termine son intéressant travail en citant cinq observations dans lesquelles cette médication nutritive, à l'aide des peptones et du peptonate de fer, a donné les meilleurs résultats.

Il nous semble intéressant de rappeler ici que la questiondu régime alimentaire a, depuis un demi-siècle, été l'objet des constantes préoccupations des médecins aliénistes français, et qu'ils ont à ce point de vue obtenu des résultats très satisfaisants. Il n'est pas un de nos lecteurs qui ne sache combien le scorbut était fréquent autrefois dans les asiles. Esquirol le considérait comme

©BIUM

une complication fréquente de la démence ; mais, pour lui, cette complication était « autant l'effet de la maladie que des circonstances hygiéniques, qui, dans presque tous les hospices, semblent conjurées pour aggraver le sort des malheureux aliénés » (1). Aujourd'hui, l'expérience nous apprend que le scorbut, qui a disparu de nos établissements d'aliénés, était moins l'effet de la folie que celui des mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles étaient placés les malades. La meilleure preuve en est dans ce fait que rapporte Falret père, en une de ces leçons cliniques (2) : « La section dite des *Petites-Loges* à l'hospice de la Salpêtrière, qui nous fut confiée le 20 mars 1831, présentait, dit-il, des localités si peu conformes aux lois de l'hygiène, que, dans la première année, j'observai cent cinquante-trois scorbutiques sur une population de cent treize idiots et de trois cent soixante-six aliénés chroniques environ. Les améliorations nombreuses que je provoquais, et que j'eus la satisfaction de voir réaliser par l'administration, eurent pour effet de réduire le chiffre des scorbutiques à deux ou trois par année. »

Cette disparition du scorbut de nos asiles est un fait important à l'actif du progrès, qui méritait d'être signalé.

Les membres du Congrès de médecine mentale, qui ont visité le service des idiots de Bicêtre, ont tous admiré cette création de notre collègue M. Bourneville; ils ont rendu justice au bon aménagement des locaux et aux excellentes conditions hygiéniques dans lesquelles ces petits êtres dégradés sont placés. Cette admiration

(1) *Des maladies mentales.* Ed. belge, t. II, p. 54.
(2) *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés.* Paris, 1886, p. 349.

©BIUM

eût certes été moins vive, s'ils avaient visité les services des aliénés de cet hospice. Si nous en croyons une communication faite récemment par M. Charpentier (1), l'un des médecins de cet établissement, à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, ces services sont loin de répondre aux plus récents progrès de la science et de l'hygiène : la promiscuité des différentes catégories d'aliénés (tranquilles, semi-tranquilles, agités, épileptiques, idiots) y est complète ; les conditions hygiéniques des cellules d'isolement sont mauvaises, par suite surtout de l'insuffisance de l'aérage et de l'éclairage ; ces cellules d'ailleurs sont en nombre trop restreint, relativement au nombre d'agités à isoler. Bref, notre savant confrère n'hésite pas à conclure que « les vieux services des aliénés de l'Assistance publique de Paris sont bien en arrière des services des asiles d'aliénés de la Seine, dont la construction est d'ailleurs de date plus récente ».

Il ne suffit pas d'isoler l'aliéné de son milieu social ordinaire, il est indispensable souvent de l'isoler de ses autres compagnons d'infortune. M. Charpentier étudie tout spécialement cette dernière question ; il recherche successivement en quoi doit consister cet isolement et comment il doit être appliqué, à quels malades il convient et enfin quels sont les locaux et aménagements qu'il réclame. M. Charpentier présente sur ces divers points une série de considérations dont apprécieront la justesse tous ceux qui connaissent le personnel des malades des services de Bicêtre. Il critique surtout très vivement le bâtiment de la Sûreté, où sont relégués les aliénés criminels et les aliénés dangereux ; il n'a pas de peine à démontrer combien laisse à désirer l'aména-

(1) *Distribution et isolement des aliénés.* In *Revue d'hygiène*, numéro de décembre 1889.

©BIUM

gement intérieur de ce service annexe. Insuffisant au point de vue hygiénique, il l'est aussi à d'autres points de vue : l'isolement surtout y est incomplet, et la promiscuité y est d'autant plus redoutable qu'on se trouve en présence d'une sélection d'individus robustes, énergiques, dangereux et redoutables.

« Ils savent, ajoute notre confrère, par la vue de leurs barreaux, qu'ils sont prisonniers ; ils savent qu'on ne peut leur infliger de peine disciplinaire ; ils ne veulent pas croire qu'ils sont fous, puisqu'ils protestent contre l'injustice de leur séquestration, et demandent à être condamnés s'ils sont jugés coupables ; il est difficile de leur faire croire à la possibilité d'une guérison, puisqu'ils n'admettent pas la maladie ; par suite, ils sont en proie à l'extrême fureur qui s'empare du captif qui désespère de la mise en liberté. Ils deviennent sourds aux exhortations et aux bons conseils, voient dans tous ceux qui les approchent des gens payés pour les faire souffrir, sont mécontents de tout et, de plus, s'excitent à l'envie les uns les autres ; lorsque la fureur se généralise aux malades des cinq préaux, ce qui se reproduit à chaque visite médicale et administrative, les hurlements de fureur qui s'y font entendre n'ont rien à envier à ceux d'une ménagerie. »

Tous ceux qui ont eu l'occasion d'entrer à la Sûreté de Bicêtre reconnaîtront l'exactitude de ce tableau. Mais il ne suffit pas de faire connaître le mal, il faut indiquer le remède. Notre savant confrère n'y manque pas; il donne un plan de Sûreté fait sur ses indications par M. Decron, architecte, et qui répondrait à tous les desiderata de l'hygiène et de la médecine mentale. Malgré tout le talent de M. Charpentier à développer son projet de réforme, nous craignons qu'il se passe encore bien des années avant que soit donné le premier coup de pioche dans l'un quelconque des bâtiments de son

©BIUM

service, malgré leur défectuosité et leur insuffisance bien reconnues.

Les plus célèbres aliénistes de la fin du XVI^e^ siècle et du commencement du XVII^e^ ne sont pas des médecins, mais deux poètes, Cervantes et Shakespeare.Tout semble avoir été dit sur les connaissances étendues de ces deux génies dans les questions de psychologie morbide, et cependant il reste toujours quelques points nouveaux à approfondir. Le poète anglais, surtout, paraît avoir une attraction particulière pour les médecins en général et les médecins psychologues en particulier. Sans parler des travaux des auteurs anglais et américains, les lecteurs des *Annales* connaissent les études que Brierre de Boismont a consacrées à l'analyse médico-psychologique de *Hamlet* et du *Roi Lear* (1). Rappelons aussi un article des plus suggestifs que le D^r^ E. Onimus a publié sur la *Psychologie médicale dans les drames de Hamlet* (2). Notre excellent collègue, M. le D^r^ Biaute, vient, à son tour, d'aborder ce sujet si complexe dans une conférence faite à la bibliothèque populaire de Nantes.

Après avoir raconté la vie plus ou moins légendaire de Shakespeare, le conférencier s'est appliqué à résoudre le problème psychologique, un peu irritant, à notre avis, que soulève le rôle d'Hamlet. Pour ce sombre drame, qui commence par une hallucination collective de la vue et de l'ouïe et qui se termine par une série monstrueuse de meurtres et d'assassinats, les commentateurs peuvent se donner libre carrière ; on y trouve des scènes et des textes pour les explications les plus variées. Aussi

(1) *Études psychologiques sur les hommes célèbres. Shakespeare.* 1^re^ *partie : Hamlet.* In *Ann. méd.-psych.*, 1868, t. XII, p. 929; 2^e^ *partie : Lear.* Id. 1869, t. I, p. 1.

(3) V. *Revue des Deux Mondes*, numéro du 1^er^ avril 1876.

©BIUM

voyons-nous tel médecin psychologue considérer Hamlet comme un mélancolique raisonnant ; tel autre l'accuse de simuler la folie ; un troisième protestera contre ces diagnostics, car pour lui Hamlet n'est pas aliéné, et malgré certains signes prémonitoires qu'il présente, ne saurait le devenir ; c'est plutôt un « cerveau mal équilibré, non par la maladie, mais par l'excès de la méditation et de la souffrance » ; « c'est un artiste du sens moral » ; « c'est une nature expansive qui confond ses intérêts personnels avec ceux de l'humanité tout entière ».

M. Biaute semble accepter cette dernière opinion, soutenue par le Dr E. Onimus ; il lui est impossible de croire que son héros soit un aliéné, tout en acceptant cependant qu'il a été un simulateur. Mais notre confrère sait, aussi bien que nous, que la simulation de la folie est d'ordinaire le lot des dégénérés, de ceux qui vivent sur les frontières de la folie, et s'il est un personnage qui, malgré l'exaltation de ses sentiments, mérite une place dans cette catégorie de malades, c'est bien Hamlet.

Je m'aperçois que je viens de porter à mon tour un diagnostic, qui diffère notablement de ceux portés par mes prédécesseurs. Je prouverai encore, en en donnant un autre non moins plausible, que je ne m'avançais pas trop en affirmant que les explications les plus variées sur l'état mental de Hamlet pouvaient être tirées de l'étude attentive des textes. Et de fait on ne saurait trouver meilleure définition de la folie à double forme que ces paroles de la reine, dans la scène de l'enterrement d'Ophélie, au moment de l'accès de fureur, vrai ou simulé, d'Hamlet : « Ceci est pure folie ! Et son accès va le travailler ainsi pendant quelque temps. Puis, aussi patient que la colombe dont la couvée dorée vient d'éclore, il tombera dans un silencieux abattement. »

©BIUM

Quoi qu'il en soit de ces divergences de vues sur l'état mental d'Hamlet, il faut féliciter M. Biaute de l'intérêt de sa conférence, ainsi que du zèle qu'il déploie pour faire entrer dans l'esprit de son auditoire quelques idées saines sur l'aliénation mentale.

ANT. RITTI.

Lettre d'Amérique.

Décès du Dr C. H. Nichols. — Le système des quartiers isolés, dans la construction des asiles. — Utilité de placer les salles à manger au centre des établissements. — Centralisation de l'assistance des aliénés. — Suppression du mot *aliénés* dans la désignation des asiles. — Congrès annuel des aliénistes Américains.

— Le Dr C.-H. Nichols, ancien directeur de l'asile de Bloomingdale, vient de mourir, et sa mort enlève une personnalité éminente aux rangs des aliénistes d'Amérique. C'était un écrivain distingué ; ses capacités administratives étaient d'une haute valeur ; il avait su se concilier l'estime de tous ceux qui le connaissaient. Il avait été directeur de deux grands asiles ; il en avait construit un, il en projetait un troisième, et toute son existence fut consacrée au travail. Sa disparition causera un vide regrettable dans l'Association des directeurs et des médecins d'asiles, dont il était l'un des membres les plus assidus et des plus laborieux. Il est assez curieux de voir que le dernier numéro de l'*American Journal of Insanity* contient en même temps une notice biographique qu'il a écrite sur un directeur d'asile, son collègue et ami, et une notice biographique sur lui-même, publiée naguère, et qui est reproduite en place d'un article nécrologique.

— Plusieurs modes différents d'hospitalisation des aliénés ont attiré depuis peu l'attention de ceux qui, en

©BIUM

Amérique, s'intéressent aux progrès du bien-être de ces infortunés. Le système des cottages, le système colonial, le placement chez des particuliers, ont, chacun de leur côté, leurs promoteurs enthousiastes. Mais, parmi les aliénistes qui croient à la possibilité de mettre dans de bonnes conditions un nombre assez grand de malades réunis dans un seul établissement, l'opinion qui tend à prévaloir est en faveur de l'extension des asiles existants par des quartiers ou des bâtiments isolés. Parmi les asiles les plus récemment construits, quelques-uns sont du système cottage, pur et simple, pour les cas de folie aiguë, aussi bien que pour les aliénés chroniques. L'asile de Tolède, Ohio, par exemple, qui est destiné à recevoir onze cents malades, consiste en cottages séparés où les aliénés sont répartis suivant leur état mental. Le Dr Tobey, qui jadis était directeur d'un asile établi d'après les anciens errements, est d'avis que les malades se trouvent mieux dans les cottages que dans les grands établissements. Sur onze cent cinq pensionnaires, il n'en a que cent soixante-quinze qui soient agités ou désordonnés ; et encore il n'est pas nécessaire d'avoir pour eux des quartiers de force spécialement organisés. L'asile est établi en forme de carré creux. Les cuisines, la buanderie, les salles à manger centrales sont au centre du carré. Elles sont réunies entre elles par des galeries couvertes qui aboutissent aux bâtiments hospitaliers de chaque division. Il y a vingt cottages, dix pour chaque sexe, et chacun d'eux reçoit de trente à cinquante pensionnaires. Trois cottages sont établis d'après le système des portes ouvertes. En dépit de quelques inconvénients dus à la situation, aux dispositions architecturales des cottages et à l'aspect des bâtiments destinés aux agités, l'établissement, en somme, présente les apparences du confortable et de l'agrément. Les malades, pour la plupart, se montrent calmes et con-

©BIUM

tents. Sur onze cents pensionnaires, il y en a environ sept cents qui vont chaque jour prendre leurs repas dans les salles à manger centrales. Avant d'y arriver, ils doivent traverser assez rapidement les terrains de l'asile. Le Dr Tobey attache une grande importance à ce que les salles à manger soient ainsi centrales et attribue à cette disposition une certaine valeur curative. Il en résulte, en effet, que, par n'importe quel temps, les malades même qui ne l'auraient pas fait, se trouvent dans la nécessité d'aller au grand air trois fois par jour. Les malades un peu agités sont obligés de s'imposer une certaine retenue qui contribue à les améliorer. Le Dr Tobey dit que ces allées et venues nécessitées par les repas n'ont jamais été cause d'aucune maladie et qu'elles n'ont donné lieu à aucune évasion, bien que, pendant les mois d'hiver, l'obscurité puisse aisément couvrir les tentatives faites ou bien le matin avant déjeuner, ou bien après souper.

Les frais de premier établissement de l'asile ont été de 730 dollars par tête, et la dépense annuelle d'entretien est de 132 dollars, chiffres bien inférieurs à ceux des autres asiles d'aliénés de l'Ohio. Un des avantages qu'on y trouve consiste dans l'emploi du gaz naturel comme combustible. Il est employé partout, aux machines à vapeur, aux cuisines. Chaque cottage est pourvu de foyers ouverts où arrive ce gaz naturel.

— Tous ceux qui demandent que chaque État prenne en main l'assistance de ses aliénés se félicitent des résultats obtenus dans le Michigan, où depuis sept années ce mode d'assistance est devenu une loi. Dans cet État, il n'y a plus aucun comté qui ait séparément la charge de ses malades; la loi veut que tous les aliénés soient dirigés sur l'un ou l'autre des asiles de l'État. L'examen des statistiques montre que l'augmentation relative des cas de folie, si toutefois elle existe, a été faible dans le

©BIUM

Michigan. L'État de New-York, au contraire, et quelques États de l'Est, qui ont encore un double mode d'assistance, gémissent sous le poids de cette augmentation. Ainsi, par exemple, dans le New-York, d'après des données récentes, on a environ sept cents aliénés de plus chaque année et l'on prévoit à une date prochaine une augmentation annuelle de 900 malades. Il est bien probable que la dégénérescence mentale qui résulte du défaut de traitement ou d'une hospitalisation insuffisante doit être largement responsable de cette situation attristante.

— On s'efforce actuellement de faire abandonner l'usage du mot « aliénés » dans la désignation officielle de l'asile d'Utica, état de New-York, et l'on propose de dire simplement *Utica state asylum*, au lieu de *State lunatic asylum*. A ce propos, disons que le Dr Godding, directeur de l'asile d'aliénés de Washington, a très heureusement résolu le problème de donner un nom à un établissement pour les aliénés criminels. Un quartier détaché de cet asile pour le traitement de cette catégorie d'aliénés a été appelé par lui « Howard Hall.»

— Le Congrès annuel de l'Association des médecins-aliénistes d'Amérique se tiendra le 10 juin 1890, à Niagara Falls, New-York, sous la présidence du Dr W.-W. Godding.

Pontiac, février 1890.

C.-B. BURR,

Directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Pontiac.

©BIUM

Pathologie.

DES
PERSÉCUTÉS GÉNITAUX
A IDÉES DE GRANDEUR

Par le Dr E. MARANDON DE MONTYEL
Médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine.

Je ne sais si j'ai bien compris l'assertion clinique émise à la Société médico-psychologique, le 23 mai 1887, par M. Christian dans sa communication sur le délire chronique. Le savant médecin de Charenton, après avoir parlé des persécutés, toujours et rien que persécutés, ajouta : « Mais j'irai plus loin ; suivant moi, il existe une catégorie de persécutés chez lesquels on peut affirmer que, jamais, à aucun moment, ne surviendra le délire des grandeurs : ce sont ceux dont le délire s'alimente *exclusivement* dans les troubles de la sensibilité génitale. Ces malades n'arrivent jamais à la mégalomanie ; j'en jugé par tous ceux que j'ai connus, et ils sont nombreux. Ils peuvent avoir des idées de grandeur, mais elles ne seront jamais qu'accessoires, passagères. » Puis il rapporta à l'appui l'histoire très abrégée de trois malades dont le premier était absolument remarquable, dit-il, par son délire qui s'alimentait *presque exclusivement* dans de fausses sensations génitales ; des hallucinations qui alimentaient les délires des deux autres, il

©BIUM

n'en parla pas. Enfin, M. Christian termina ce point de son argumentation par ces phrases : « Je pourrais multiplier ces citations; mais je pense que ces exemples suffisent. Pourquoi, chez le persécuté de cette catégorie, ne se produit-il pas de transformation du délire des persécutions en délire ambitieux? J'avoue que je n'en sais rien ; mais j'ai observé le fait si souvent que je crois que c'est une loi générale. »

M. Christian a-t-il voulu parler des malades ayant *exclusivement* des hallucinations génitales pour origine et aliment de leur délire? Dans ce cas, je lui répondrai que ces malades ne sont pas des délirants chroniques ou délirants systématiques, car il n'y a pas de délire chronique ou psychose systématique sans hallucinations de l'ouïe ; il n'est donc pas étonnant qu'ils ne deviennent jamais mégalomanes. A-t-il eu plutôt en vue, comme je le crois, ces persécutés qui, par suite de la fréquence et surtout de l'intensité des perversions sensorielles génitales, plus aptes que les autres perversions sensorielles à les frapper, y puisent d'ordinaire *presque exclusivement* les éléments de leurs délires? Dans ce second cas, je lui répondrai qu'il est dans l'erreur : les persécutés génitaux, quelle que soit la part prise dans leur maladie par les troubles de leurs organes sexuels, deviennent des mégalomanes, tout comme les autres persécutés ; bien plus, il y a des cas, ainsi que l'attestent les deux très intéressantes observations de M. Febvré et celle de M. Cullerre rapportées plus loin, où les idées de grandeur ont non seulement leur aliment principal, mais encore leur *origine*, dans les fausses sensations génitales.

C'est le 23 mai 1887, ainsi que je l'ai déjà rappelé, que M. Christian a émis son assertion, à mon avis, absolument erronée ; c'est le 25 juin 1888, plus d'un an après, que la discussion sur le délire chronique a pris

©BIUM

fin, et personne à la Société médico-psychologique n'est monté à la tribune pour la détruire par des faits. Le temps d'en recueillir ou d'en chercher dans les travaux déjà publiés n'avait certes pas manqué. Seul, le dernier jour, nouveau venu à la Société, j'ai protesté contre l'opinion de l'aliéniste distingué de Charenton, mais pressé, contraint par le temps, j'ai dû me borner à inviter M. Christian à venir voir dans mon service un délirant systématique qui était la condamnation de sa doctrine. Aujourd'hui, je voudrais insister plus longuement sur ce point particulier qui, je pense, n'est pas dépourvu d'importance; car, s'il était vrai que jamais les persécutés génitaux ne deviennent mégalomanes, la synthèse des quatre périodes de M. Magnan se trouverait en défaut pour eux, sur ce point partant ébranlé, et on ne serait plus fondé à accepter avec MM. Gérente et Régis l'unité de tous les délires systématisés.

Jusqu'à preuve contraire, je crois, comme j'ai essayé de l'établir à la Société, que la synthèse de M. Magnan réalise un progrès considérable ; j'y ai dit en outre que, dans les psychoses systématiques, les différences des conceptions délirantes n'étaient que les différences d'explication des sensations morbides, constituant, elles, l'élément fondal, identique dans tous les cas, aussi ai-je comparé les divers délires systématisés à des manteaux de coupes variées, mais taillés tous dans la même étoffe. Toutefois je ne suis ni fanatique ni athée : je ne reconnais d'autre maître que la clinique et je suis tout prêt à brûler demain ce que hier j'ai adoré publiquement, si elle me fournit des preuves péremptoires de mon erreur. Faisons donc appel à elle et rien qu'à elle. Comme l'a dit fort justement le professeur Ball, en demandant la clôture de la discussion sur le délire chronique, à la clinique appartient de trancher le débat et puisque les avis diffèrent à ce point, il ne convient plus de discuter

©BIUM

mais d'apporter de nouveaux faits consciencieusement observés en dehors de tout parti pris. C'est pour répondre à cette demande si sage et si juste de l'éminent aliéniste que je publie quelques observations inédites, que j'en rappelle quelques autres déjà publiées, relatives, celles-ci et celles-là, à l'évolution de la psychose systématique quand elle se complique d'hallucinations génitales. Que chacun étudie ainsi, avec faits probants, une des questions relatives au délire chronique de M. Magnan, et les divergences qui se sont produites à la Société médico-psychologique ne tarderont pas à disparaître, puisque tous nous n'avons d'autre but que la recherche de la vérité et ne nous inclinons que devant les faits.

Voici tout d'abord l'observation du malade auquel j'ai fait allusion dans ma réponse à M. Christian :

Observation I (*personnelle*). — François Auss..., cinquante-sept ans, veuf, homme très intelligent, ayant été officier pendant la guerre, puis inspecteur de police à Orléans, Marseille et Lyon. Pas de stigmates physiques ni de renseignements sur les antécédents héréditaires. Aucune maladie antérieure : bonne santé habituelle. Entré le 30 juin 1886 à l'asile de Ville-Evrard. Cet homme, en traitement à l'hôpital Necker pour une paraplégie du membre inférieur droit, d'origine alcoolique, fut envoyé à Sainte-Anne par le Dr Rigal avec le certificat suivant : « Est atteint de paralysie générale progressive avec vive agitation et trouble le repos des autres malades. » M. Magnan se borna à signaler les particularités qui suivent sans en faire des symptômes paralytiques : « Affaiblissement des facultés mentales avec confusion dans les idées, incapacité de se diriger et de pourvoir à ses besoins ; faiblesse musculaire. » Dans son certificat du 24, M. de Lamaestre n'hésite pas : « Est atteint de paralysie générale progressive ; embarras de la parole, inégalité des pupilles, difficulté de la marche. » Dans le certificat de quinzaine, il n'est plus question de paralysie générale, mais de symptômes tout nouveaux : « Affaiblissement des facultés intellectuelles, diminution de la mémoire ; idées confuses de persécution, on tient de mauvais propos sur son

©BIUM

compte ; hésitation de la parole, inégalité pupillaire. » Or, d'après les notes qu'a bien voulu me communiquer M. le Dr Chambard, au bout d'un temps relativement court, tous les symptômes paralytiques s'étaient peu à peu dissipés et François Aus... présentait, très net, un délire systématisé de persécution et de grandeur basé sur d'innombrables hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale. Cet homme avouait que, depuis quelques années, surtout dans les derniers temps, il avait commis de nombreux excès d'alcool, d'absinthe en particulier. On avait donc eu affaire à une pseudo-paralysie générale alcoolique greffée sur un délire systématique qu'elle avait masqué : la pseudo-paralysie générale s'était dissipée progressivement et, au fur et à mesure de sa disparition, la psychose systématique avait reparu pour occuper seule enfin toute la scène.

Je me suis sérieusement occupé de l'état mental de ce malade pour la première fois en mai 1888. Il était alors, de toute évidence, à la quatrième période d'une psychose systématique qui, d'après ses renseignements, aurait débuté en 1865, car il indique cette année comme date de la première des trois tentatives d'empoisonnement dont il eut à triompher. Aujourd'hui l'intelligence d'Aus... est manifestement affaiblie, quoique, en dehors de son délire, la mémoire des faits réels soit bien conservée ; mais les liens de systématisation se sont relâchés. Parfois quelques contradictions choquent, et il n'est pas rare que le malade, se lançant dans des digressions, perde le fil de son raisonnement ; toutefois, en dirigeant le cours de ses idées, il est encore facile d'obtenir de lui des renseignements précis et caractéristiques.

Les hallucinations ont pour sujet deux de ses sens : l'ouïe et la sensibilité générale. Celles de l'ouïe sont injurieuses, menaçantes et obscènes. On l'insulte, on le menace, on lui tient les propos les plus orduriers et les plus polissons. Celles de la sensibilité générale sont, elles, très douloureuses et, presque chaque nuit, génitales. Le malade sent une espèce de courant lui entrer dans le corps par les yeux et les oreilles, descendre dans les bras, qui se crispent ; un autre courant, entrant par les interstices des doigts de pieds, amène la crispation des membres inférieurs ; enfin, un troisième courant s'insinue par l'anus et gagne les organes génitaux, qu'il martyrise ; il force la nature, selon l'expression du malade, et détermine ainsi une éjaculation non voluptueuse accompagnée de picotements et de sensations

©BIUM

bizarres qui portent Aus... à croire qu'il a à l'intérieur des organes sexuels de femme. Aus... explique toutes ces particularités, ainsi que la devination de ses pensées les plus intimes, qui lui sont souvent répétées, par le *stélophone* et l'électricité. Mais il est tout à fait exceptionnel que cet aliéné se plaigne spontanément de ses voix, de ses crispations ou du vol de ses pensées ; par contre, il ne rencontre pas un membre du service médical sans se lamenter de ses persécutions génitales, des obscénités dont on l'abreuve et sans supplier d'y porter remède.

Aus... raconte qu'il est resté longtemps sans trouver la raison de pareilles tortures ; il les a tantôt attribuées à la politique, tantôt à des jalousies de femmes ; seulement, en 1886, il a compris qu'on s'acharnait ainsi après lui à cause de sa vue, une vue extraordinaire qui embrasse des distances infinies, pénètre les mystères des corps et y découvre des merveilles, vue à ce point unique qu'aucune expression connue ne peut la rendre et que, pour la désigner, il a été obligé de créer un nom : il l'appelle la vue *aïtique*. Ses persécuteurs ont pour but de s'emparer de cette vue merveilleuse ou du moins de participer à ses bénéfices. C'est ainsi qu'Aus... accuse tout particulièrement la femme d'un des fonctionnaires de Ville-Evrard d'être des plus acharnées à lui passer le courant électrique génital pour l'obliger à épouser sa fille et obtenir ainsi pour les siens tous les privilèges et avantages de la vue *aïtique*. Plusieurs autres familles le poursuivent de leur côté des mêmes obscénités et lui forcent aussi la nature dans le même but. Ce sont les jeunes filles qu'on lui destine et leurs mères qui viennent le travailler la nuit : il ne les voit pas, mais il les entend et il les sent. Tandis que, par leurs procédés, il a les organes génitaux torturés, elles soupirent à son oreille les propos les plus amoureux, témoignent de goûter une volupté exquise et l'invitent à céder à leurs désirs passionnés, à se marier avec elles pour partager leur plaisir au lieu de rester dans la souffrance. C'est à qui, par ses tourments mêlés de propos libertins, le contraindra à l'hymen, mais Auss... ne veut pas se marier, car l'*aïtique*, affirme-t-il, doit rester célibataire. De peur d'augmenter le membre des candidates à sa main, partant le nombre de ses persécutrices, Aus... ne cause pas volontiers devant témoins d'*aïtisme*. Un jour, à la visite, oubliant ses recommandations, je lui en parlai en public ; il me fit un geste du plus profond désespoir, me suppliant du regard de me taire. Auss... a en outre de lui une opinion plus qu'exagérée : à l'entendre, il est doué des plus grandes facultés

©BIUM

intellectuelles, personne n'a jamais fait autant de découvertes que lui ; bref, il est, de par son intellect, aussi extraordinaire que sa vue.

Ainsi chez ce délirant systématique, non seulement les fausses sensations génitales, qui occupent presque exclusivement la scène, n'ont pas empêché la mégalomanie, mais il existe des liens étroits entre elles et les conceptions délirantes de grandeur : ce sont même les premières qui alimentent les secondes.

Bien que je n'aie parlé que de ce malade dans ma communication, j'en ai encore dans mon service un autre dont la profonde dissimulation ne m'avait pas permis à cette époque de connaître tout le délire. Plus heureux aujourd'hui, je peux donner en détail son observation.

Observation II (*personnelle*). — Albert Taup..., professeur, trente-trois ans, célibataire. Pas de stigmates physiques ni de renseignements sur la famille. Rougeole à dix ans et syphilis bien traitée à vingt-deux ans. Entré le 16 juillet 1886 à Ville-Evrard, M. le Dr Garnier l'envoya à Sainte-Anne avec le certificat suivant : « Délire chronique. Hallucinations de l'ouïe, du goût et de la sensibilité générale. Interprétations imaginaires. Idées de persécution systématisées ; depuis deux ans, on le regarde de travers, on connaît et dirige toutes ses pensées, on essaie de l'empoisonner. Menaces de prendre sous peu un parti énergique pour mettre fin aux menées de la police secrète. » Le certificat de M. Magnan est ainsi conçu : « Est atteint de délire chronique avec hallucinations de l'ouïe, troubles de la sensibilité générale et idées de persécution. » A Ville-Evrard, le certificat de vingt-quatre heures rédigé par M. de Lamaestre et le certificat de quinzaine par M. Chambard portent aussi comme diagnostic : délire chronique ou psychose systématique.

Jusqu'au 8 avril 1887, les certificats de situation et les notes médicales n'enregistrèrent que des conceptions délirantes de persécution. A cette date pour la première fois, dans un certificat de situation du Dr Chambard, il est question de mégalomanie : « *Délire chronique au début de la période mégaloma-*

©BIUM

niaque, malade tranquille à l'asile, mais pouvant encore être dangereux au dehors. » Le 7 août, nouveau certificat de situation de M. Chambard : « Délire chronique caractérisé par des idées systématisées de persécution et d'empoisonnement, des préoccupations hypocondriaques, des hallucinations de l'ouïe, du goût, de l'odorat et de la sensibilité générale. *Cette affection déjà ancienne est en pleine évolution et tend à passer à la période mégalomaniaque.* » Le 16 octobre, le mal a évolué et M. Chambard écrit : « Délire chronique caractérisé par des idées de persécution, des hallucinations et *quelques idées ambitieuses.* » Enfin, le 24 décembre, la troisième période est constituée ainsi qu'il en découle de ce quatrième certificat de situation de M. Chambard : « *Délire chronique, caractérisé par des idées systématisées de persécution et de grandeur* et par des hallucinations, etc. »

Ainsi il est très facile, à l'aide de ces quatre certificats de situation du Dr Chambard, de suivre pour ainsi dire pas à pas chez Taup... la transformation du délire de persécution en mégalomanie, c'est-à-dire le passage de la psychose systématique de la seconde à la troisième période. Je les ai rapportés ; car, rédigés en dehors de tout but de publication, au fur et à mesure des demandes de l'autorité à qui le malade s'adressait sans cesse pour réclamer sa sortie, ils acquièrent par là une valeur absolue et ne sauraient laisser place au moindre doute. Or, persécuté mégalomane, Albert Taup... a été beaucoup et est encore un peu un persécuté génital.

J'ai connu ce malade en février 1888. Ainsi qu'il arrive à certains délirants chroniques, depuis quelque temps déjà dans l'établissement, qui ont affaire à un nouveau médecin, il a dissimulé avec moi; j'ai eu beaucoup, beaucoup de peine à obtenir des aveux pleins de réticence, surtout eu égard aux idées de grandeur : de grands projets, des plans de réforme destinés à transformer l'instruction publique en France, indiqués plutôt qu'affirmés : toutes mes instances n'ont pu obtenir davantage. Relativement à ses persécutions, surtout à celles du passé, il a été plus franc, surtout quand je lui eus dit qu'elles ne pouvaient influencer mon jugement sur son état présent. Il m'a alors parlé de menaces, d'injures, de poisons mis dans ses aliments, enfin de tourments génitaux appliqués pour le contraindre à éjaculer presque chaque vingt-quatre heures, l'épuiser et rendre ainsi plus facile l'action des drogues destinées à le pousser lentement et douloureusement vers la tombe. Ces

©BIUM

persécutions génitales s'exercent par deux procédés dont l'action diffère, quoiqu'ils aient, l'un et l'autre, pour but et résultat l'éjaculation forcée : le procédé toxique et le procédé électrique. Le poison employé est une substance versée dans les boissons, jamais dans les aliments, qui trahit sa présence par une sensation de froid intense sur la langue. Le malade est donc averti, instruit qu'il est par l'expérience, de ce qui l'attend la nuit quand, à ses repas, il a senti ce froid dans la bouche ; mais il s'efforce alors de prévenir l'action malfaisante du poison par des lotions froides aux organes génitaux, le meilleur antidote d'après lui, mais, hélas ! pas infaillible. Malgré les précautions prises, le toxique agit trop souvent encore en produisant aux organes génitaux une chaleur avec excitation, suivie, peu après l'éjaculation, d'un affaissement général accompagné de frissons par tout le corps et, aux organes génitaux, d'un froid identique à celui déterminé sur la langue par son passage. Le procédé électrique est autrement pénible. Il amène une érection douloureuse, puis, dans la verge ainsi rigide, des secousses de plus en plus fortes et de plus en plus pénibles jusqu'à ce que l'éjaculation s'ensuive. Dans l'un et l'autre cas, l'écoulement du sperme se produit tantôt avec et tantôt sans volupté. Albert Taup... prétend que ces persécutions génitales, les électriques en particulier, sont de plus en plus espacées.

Tels sont les deux persécutés génitaux à idées de grandeur actuellement présents dans mon service de Ville-Evrard. Mais depuis quinze ans j'en ai vu d'autres et j'ai retrouvé parmi mes notes les trois observations suivantes :

Observation III (*personnelle*). — Tandis que j'étais médecin-adjoint à l'asile de Toulouse, de 1877 à 1880, j'avais pour tenir mon ménage de garçon un ex-passementier, délirant systématique à la troisième période. Il devait certes être un héréditaire, car chez lui les stigmates physiques étaient nombreux : pavillon des oreilles en feuilles de papier avec absence de bourrelet et adhérence du lobule, crâne fortement en pain de sucre, rétrécissement très notable du diamètre biparietal, visage très allongé et pommettes saillantes. Il avait alors une cinquantaine d'années, était veuf et père de famille. A en juger par ses récits, il devait délirer depuis une quinzaine d'années au

©BIUM

moins ; il avait été transféré de la Seine à Toulouse avec le diagnostic de délire systématisé de persécution. Son principal persécuteur était « cette cochonnerie de Salard. » Il ne désignait jamais différemment celui qui le poursuivait de ses menaces et le torturait. Le susdit avait choisi pour sujet de ses tortures l'endroit le plus délicat du corps, la région génito-anale et le procédé de supplice le plus douloureux, la lime de feu, passée, lentement ou brusquement, dans l'anus et la verge. Il poussait la cruauté jusqu'à annoncer d'avance l'opération. Il recourait aussi à d'autres tortures, à une surtout dont le malade ne parlait qu'avec effroi : le bain d'air alternativement brûlant et glacé, supplice toujours annoncé d'ailleurs comme le précédent sur un ton poli et railleur. A choisir, Men... eut préféré le supplice de la lime de feu; aussi, à l'annonce du bain, il le réclamait en échange comme une grâce, mais son bourreau en riait aux éclats. Ce supplice du bain avait lieu exclusivement la nuit ; le malade éprouvait par tout le corps une chaleur dont l'intensité à la région génito-anale ne tardait pas à devenir intolérable : elle est en feu, disait-il, puis brusquement, à un commandement, cette ardeur de fournaise était remplacée sans transition par un froid glacial plus marqué que partout ailleurs à l'anus et à la verge. Men... était heureux de vieillir, car avec l'âge ses organes génitaux échappaient de plus en plus à l'action de son ennemi. Or qu'était « cette cochonnerie de Salard » ? Un agent des Bonaparte. Et lui Men... ? Un prince de la famille d'Orléans dont le fils était membre de l'Académie des sciences. J'ai vécu trois ans côte à côte avec ce malade, n'ayant le plus souvent durant mes repas d'autre distraction que sa conversation, le récit de ses persécutions, et de sa parenté princière ; je puis certifier qu'il n'est pas possible de trouver un cas plus net, plus typique de délire systématisé avec hallucinations génito-anales, conceptions délirantes de grandeur et transformation de la personnalité.

Observation IV (*personnelle*). — J'ai connu à l'asile d'Auch un délirant chronique à la troisième période qui, chaque matin à la visite, nous invectivait de sottises et nous remettait un petit papier invariablement libellé comme il suit : « Me chauffent, me mettent en érection, pour m'épuiser, prendre ma place. » Rien que cet écrit permettait de reconnaître en lui un persécuté génital avec idées de grandeur. Petit, maigre, nerveux et violent, il avait en horreur tous les membres du service médical qu'il considérait comme les vils agents salariés de ses

©BIUM

persécuteurs, aussi nous était-il à peu près impossible d'avoir avec lui une conversation un peu longue, surtout d'obtenir de lui des renseignements sur son délire. Dès qu'on abordait ce point, il nous traitait de sales jésuites, feignant d'ignorer ce dont nous étions les complices. Abandonné à lui-même, il devenait calme et passait ses journées soit à se promener, soit à écrire des mémoires ou à dessiner des machines qu'il cachait avec soin. Il était mécanicien. Ce malade avait été transféré de la Seine à Auch avec le diagnostic de délire systématisé de persécution et de grandeur. Nous n'avions aucun renseignement sur ses antécédents personnels ni sur ses antécédents de famille. Ses sentiments de haine et de méfiance à notre égard ne nous permirent pas de combler par lui cette lacune. Il n'était pas douteux pourtant qu'il fût un délirant systématique à la troisième période, non seulement à cause du diagnostic porté par les médecins de la Seine, des petits billets, dont nous avons reproduit plus haut l'invariable libellé, et de sa manière d'être à l'asile depuis plusieurs années, mais aussi parce que, soit par nous, soit par les gardiens, nous avions appris qu'il se croyait inventeur de machines et d'une force motrice encore inconnue, inventions dont on voulait s'emparer pour se substituer à lui.

Observation V (*personnelle*). — Adolphe X..., lieutenant de dragons, trente-huit ans, entré à l'asile de Dijon en 1885. Pas de renseignements sur l'hérédité. Pas de maladie antérieure ; bonne santé habituelle. Pas de stigmates physiques. Très intelligent, mais absolument illettré, il s'engagea. Travailleur opiniâtre, jamais puni, il apprit au régiment à lire et à écrire, et acquit successivement toutes les connaissances nécessaires pour arriver au grade de lieutenant. Quand il entra à l'asile, il était premier sur le tableau d'avancement. Peu après son engagement, il avait reçu à la tête un violent coup de pied de cheval, qui avait entraîné une perte de connaissance de quelques heures. A son entrée à l'asile, il avait un délire systématisé de persécution basé sur des hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale. Au dire d'un officier, son ami dévoué, il était déjà atteint de ce mal quand ils se connurent huit ans auparavant ; mais, dissimulant beaucoup, il ne confiait qu'à des intimes les injures dont les autres officiers l'abreuvaient, le complot ourdi par eux pour le perdre dans l'esprit de ses chefs, et enfin les tortures qu'ils lui infligeaient pour le dégoûter de l'armée. Ces tortures étaient tout spécialement appliquées aux organes génitaux. On le faisait passer par les états sexuels les

©BIUM

plus opposés : tantôt il était exubérant de force et tantôt impuissant ; tantôt on lui procurait la nuit les jouissances les plus exquises, mais pour les remplacer ensuite par les souffrances les plus vives. Il était convaincu que cet état de ses parties génitales dépendait de drogues mises dans ses aliments et de vapeurs projetées à distance ; car il trouvait parfois un goût bizarre aux mets, ou sentait des odeurs extraordinaires. De plus en plus préoccupé de ses fausses sensations génésiques, il en accusa plus particulièrement le médecin-major du régiment et, en pleine table, le menaça de mort. Avant de recourir à des moyens extrêmes, on lui donna un congé de trois mois. De retour à Dijon, X... alla le lendemain prendre un bain chaud. A peine dans l'eau, il eut de douloureuses hallucinations génitales : il sonna le garçon qu'il soupçonnait d'avoir versé dans la baignoire une substance toxique, et lui tomba dessus à bras raccourci. Il fut conduit à l'asile. Là il fut facile de constater qu'il était surtout préoccupé de ce qui se passait dans sa sphère sexuelle. Comment expliquait-il toutes ces persécutions ? Certes, s'il parlait facilement de ses perversions sensorielles génitales, il fallait insister beaucoup et longtemps pour qu'il laissât percer ses idées de grandeur. Il finissait pourtant par avouer que le grand mobile de ses ennemis, les officiers de l'armée, était la jalousie de ses hautes aptitudes militaires ; il était en train de découvrir une nouvelle tactique et de transformer le rôle de la cavalerie en campagne. D'ailleurs, d'après l'officier son ami, dans les premiers temps de ses relations avec X..., celui-ci était très malheureux des persécutions auxquelles il se disait en butte, tandis que, depuis une année, il en tirait vanité et parlait de la jalousie qu'il inspirait. Sa conclusion fut que X... n'était positivement plus le même homme.

Ces cinq observations personnelles suffiraient, me semble-t-il, à démontrer que les persécutés génitaux, y compris ceux dont le délire s'alimente presque exclusivement d'hallucinations génésiques, deviennent eux aussi, mégalomanes, même jusqu'à la transformation de la personnalité. Mais comme elles sont toutes relatives à des hommes et que, chez la femme, le sens génésique joue en aliénation mentale un rôle encore plus prépondérant que dans l'autre sexe, j'ai prié mon collègue de

©BIUM

Ville-Evrard, M. le Dr Febvré, de vouloir bien examiner au point de vue qui nous occupe toutes ses délirantes systématiques. Voici les quatre observations qu'il m'a remises.

Observation VI (*M. Febvré*). — Mme veuve R..., entrée à l'asile de Ville-Evrard le 15 juin 1888. Antécédents : fièvre typhoïde à l'âge de vingt et un ans ; deux fausses couches occasionnées par des frayeurs. Ménopause depuis le mois de janvier 1888. Hérédité : le père de la malade s'est suicidé, il était sourd au point de ne plus comprendre que par signes ; la mère serait morte au moment de la ménopause à la suite d'une frayeur ; un frère de la malade est mort alcoolique ; une des filles de Mme R... aurait eu des convulsions dans son enfance ; pas de renseignements sur les grands-parents.

Début de l'affection mentale par des idées vagues de persécution, par un état mélancolique habituel, par une grande méfiance à l'égard de toutes les personnes de son entourage. — Cette période prodromique est bientôt suivie d'un véritable délire de persécution : « Tous ses voisins lui en veulent, certaines personnes qu'elle nomme cherchent à lui enlever un héritage, de peu d'importance, il est vrai, mais auquel elle tient beaucoup. » A son arrivée à l'asile, la malade est très troublée, elle est sujette à des hallucinations de nature pénible, elle manifeste des craintes d'empoisonnement dues à des illusions du goût, elle éprouve également des illusions de l'odorat et des troubles de la sensibilité générale. Elle est extrêmement difficile à diriger, porte les accusations les plus graves sur les surveillantes ou filles de service ; elle se dit maltraitée, frappée, soumise à mille vexations. Bientôt des hallucinations du sens génital viennent compliquer cette situation mentale, et ces dernières, faussement interprétées, donnent lieu à des idées de grandeur. Ces hallucinations sont ainsi caractérisées : sensations d'introduction dans les parties sexuelles avec spasmes parfois agréables, parfois très pénibles. La malade n'établit aucune différence entre ces influences occultes et le souvenir des rapports sexuels qu'elle eut autrefois. Elle se croit soumise à ces pratiques honteuses parce qu'elle a une mission divine à remplir. Aujourd'hui elle est persuadée qu'elle est enceinte, qu'elle est une nouvelle Sainte-Vierge. A d'autres moments,

©BIUM

elle se dit capable de soulager toutes les infortunes, de guérir toutes les maladies.

Observation VII (*M. Febvré*). — Mme H..., née S..., entrée à l'asile de Ville-Evrard le 20 mars 1886. Le certificat de vingt-quatre heures à l'asile Sainte-Anne est ainsi libellé : « Délire chronique avec hallucinations, troubles de la sensibilité générale, idées de persécution, plaintes, menaces. » Signé : Magnan. Tous les certificats de situation rédigés à Ville-Evrard révèlent les mêmes particularités maladives. Nous ne possédons aucun renseignement sur les antécédents de Mme H... dont l'affection mentale est à sa quatrième phase : affaiblissement intellectuel, tendance à l'incohérence. Toutefois nous avons pu et nous pouvons encore observer chez elle les traces de son ancien délire des grandeurs. Comme dans le cas précédent, ses idées de satisfaction personnelle et de puissance semblent avoir été la conséquence d'hallucinations très intenses du sens génital. Mme H..., qui prétendait d'abord ne pouvoir se soustraire aux influences occultes d'un être surnaturel appelé par elle : *observateur psychologue*, dont l'unique occupation était de diriger la pression atmosphérique sur ses organes génitaux, de lui changer ses organes, de provoquer dans ses parties sexuelles des désirs vénériens ou des douleurs excessives, s'est cru tout à coup douée d'une puissance capable de contrebalancer ou même d'annihiler les agissements de ce persécuteur invisible. Elle a alors affirmé que, grâce à une observation attentive, elle était parvenue à soustraire également ses compagnes aux pratiques honteuses dont elles étaient les victimes. Aujourd'hui le délire des grandeurs se poursuit : Mme H... dit qu'elle sait où tout se trouve dans le globe en désordre, qu'elle se croit appelée à remplir une haute mission.

Observation VIII (*M. Febvré*). — La nommée C..., veuve D..., est entrée à l'asile de Ville-Evrard le 4 octobre 1876. Son affection mentale remontait alors à trois ans ; elle reconnaissait pour cause prédisposante, l'hérédité — grand-père aliéné, — pour cause déterminante, de violents chagrins occasionnés par la mort de son mari. Tous les certificats annexés à son dossier portent : mélancolie avec idées de persécution et hallucinations de l'ouïe. Pendant les premières années de son séjour à l'asile, le délire de persécution s'est accentué, aux hallucinations de l'ouïe se sont associées des hallucinations de la sensibilité générale et spéciale. Actuellement le délire des grandeurs est à son tour constitué. La malade parle de ses

©BIUM

nombreuses propriétés, de ses écrits importants : le prince Napoléon, le maréchal de Mac-Mahon s'intéressent à sa situation ; elle a sauvé la vie au duc d'Aumale, son grand-père a régné sur l'Espagne, etc. Malgré ces conceptions délirantes de nature ambitieuse, Mme veuve D... est sujette à des accès de profonde dépression mélancolique ; ces accès sont provoqués par des hallucinations du sens génital : on se livre sur elle à des attentats ignobles, on profite de son sommeil pour la violer ; on la force, elle, honnête femme, à avouer des relations avec des hommes qui se déguisent pour arriver plus facilement jusqu'à elle ; elle demande à grands cris la nomination d'une commission médicale chargée de vérifier ses assertions ; elle supplie qu'on fasse cesser ces pratiques ignobles qui déshonorent l'établissement.

Observation IX (*M. Febvré*). — Mme L..., née G..., entrée à l'asile de Ville-Evrard le 21 juin 1876. Le certificat joint à la demande d'admission porte : monomanie-suicide greffée sur un état habituel de lypémanie. Les notes médicales relèvent, pendant le premier mois de séjour à l'établissement, les particularités suivantes : lypémanie, idées de persécution et de damnation, hallucinations de l'ouïe, folie héréditaire (sans spécifier le genre d'hérédité). Les idées de persécution se rapportent à son mari, qu'elle croit en butte à des poursuites en raison de sa situation très élevée ; les hallucinations de l'ouïe sont nettement caractérisées : un jour son beau-père lui a dit : « Tu seras ou une folle ou une prostituée. » Puis, après, apparaissent des craintes d'empoisonnement, ces dernières entraînent le refus de la nourriture et se compliquent à bref délai de troubles de la sensibilité générale : au-dessus de sa chambre se trouve une machine pneumatique qui, en faisant du bruit, lui cause des étouffements. Le délire semble dès lors passer à l'état chronique ; des erreurs de personnalité se remarquent, les sentiments affectifs s'altèrent, un doute permanent, qui se montre en toutes choses, se révèle chez la malade, des alternatives d'excitation et de dépression se produisent. Pour la première fois, pendant une phase d'agitation, à l'époque cataméniale, le délire des grandeurs se développe. Mme L... commence à écrire à Napoléon Bonaparte. D'une note médicale rédigée au mois de janvier 1882, nous extrayons le passage suivant : « Accès d'agitation qui n'a pas eu de suite sérieuse ; pendant ses accès, Mme L... demande sans cesse qu'on la fasse conduire à la cour de Versailles, elle se croit la fiancée de rois, de princes, voire

©BIUM

d'un empereur d'Italie. » Un bulletin de santé de 1883 est ainsi conçu : « Mêmes signes de délire chronique, idées de persécution et ambitieuses. » Aujourd'hui le délire des grandeurs est des plus manifestes : Mme L... ne veut même plus être appelée de son nom de famille. Elle est, en outre, une véritable persécutée génitale. Les médecins du service la violent, les filles de salle se livrent sur elle à des pratiques infâmes, les malades viennent se masturber dans son corps ; on lui fait subir des épreuves, des ignominies qu'on n'oserait même pas commettre avec des prostituées, etc., etc.

Je crois très utile et très démonstrative, pour étayer une opinion, la recherche de faits probants dans les auteurs qui ont écrit à une époque où le point en litige n'était pas encore en discussion, car il est certain qu'ils l'ont observé en dehors de toute préoccupation théorique. Leurs constatations acquièrent ainsi une grande valeur, l'auteur les signalant par cela seul que leur évidence l'a frappé. J'ai donc recherché si, dans les mémoires antérieurs à l'assertion de M. Christian, je ne retrouvais pas des observations de persécutés systématiques avec hallucinations génitales ayant parcouru sinon les quatre périodes de la synthèse de M. Magnan, du moins les trois premières. J'ai constaté tout d'abord combien M. Cullerre avait eu raison de dire que les cas de persécutés avec perversions sexuelles ne semblaient pas très nombreux. Ensuite, il fallait, dans la question que nous agitons, que les détails des observations permissent d'affirmer chez les malades l'existence et l'évolution régulière d'une psychose systématique. Aussi n'ai-je rien trouvé d'antérieur à ces dernières années; mais dans le mémoire de M. Cullerre : *Des perversions sexuelles chez les persécutés*, et dans la thèse de M. Gérente, j'ai recueilli quatre faits très concluants. Je vais les résumer en insistant seulement sur les particularités qui démontrent le délire systématisé à ses diverses phases.

©BIUM

L'observation suivante est la seconde du mémoire de M. Cullerre.

OBSERVATION X (*M. Cullerre*). — D..., fermier, trente-trois ans, marié et père de famille. Héréditaire vésanique. Au moment de l'entrée, la maladie mentale datait de dix-huit mois. Début par méfiance et soupçonneux vis-à-vis de sa femme, des siens et de ses maîtres. Évolution croissante du mal aboutissant à une tentative de meurtre contre son frère. Interrogé, il apprend que depuis longtemps on avait comploté sa perte et qu'on le tourmentait de cent façons. Sa femme est particulièrement l'objet de ses méfiances. Il suppose qu'elle était de connivence avec ses ennemis et participait à tout ce qu'on lui a fait subir. On la retirait la nuit d'auprès de lui et on lui substituait sa belle-mère, personne âgée et, soit dit sans la mépriser, vrai remède à toute velléité amoureuse. Cela ne suffisant pas, sans doute, on mit dans son lit un aspic qui le mordit à la verge et bientôt il fut frappé d'une frigidité absolue. Le malade insiste beaucoup sur cet ordre d'idées. Deux ans après, le délire de cet homme avait fait d'énormes progrès et s'était compliqué d'idées de grandeur. Il ne parlait plus de ses déboires conjugaux, mais s'imaginait être visité la nuit par des femmes désireuses d'obtenir de sa lignée. A la phase de frigidité semblait avoir succédé une période de suractivité génésique.

L'observation IV du travail de M. Cullerre est relative à un capitaine d'artillerie, vrai type de délirant systématique, que j'ai beaucoup connu, moi aussi, à Marseille, de 1880 à 1882, bien qu'il ne fût pas dans mon service, car il circulait librement dans la maison et j'ai eu souvent avec lui de longues conversations dans les jardins de l'établissement. M. Cullerre ne parle pas des conceptions mégalomaniaques de ce malade, et se borne à relater ses perversions sexuelles et ses idées de persécution, mais j'ai pu constater maintes fois, que le capitaine V... avait un délire des grandeurs très systématisé. Malheureusement je n'ai aucune note sur lui. Il avait écrit pour son médecin en chef, le Dr Bouteille, un long mémoire que j'ai lu et qui était bien l'autobio-

©BIUM

graphie la plus curieuse et la plus complète qu'on pût trouver d'un délirant systématique. Si le Dr Bouteille est toujours en possession de ce mémoire, je l'engage à le publier.

Les trois observations qui suivent sont extraites de la thèse de M. Gérente : *Le Délire chronique et son évolution*. Ce sont les observations XIV, XVI et XXI.

Observation XI (*M. Gérente*). — Fanny B..., épouse P..., cinquante-huit ans, couturière. Héréditaire vésanique. Début des troubles intellectuels en 1872. A la seconde période de la psychose systématique, les idées de persécution eurent pour objectif M. P... La malade se plaignit de sentir toute espèce d'odeurs qu'on lui envoyait. Elle raconta que son mari lui mettait du poison dans son mouchoir de poche, dans ses aliments, etc.; son mari en mettait sur sa propre verge pour l'introduire ensuite dans sa matrice à elle et l'insinuer ainsi dans toutes les fibres de son corps. En 1877, la malade se sent moins inquiète, plus confiante dans l'avenir, parce qu'elle est devenue la protégée spéciale de la Vierge et un peu de l'enfant Jésus. Elle croit qu'elle ne mourra jamais.

Observation XII (*M. Gérente*). — Alfred L..., soixante-quatre ans, tabletier. Antécédents de famille inconnus. Habitudes sobres. En 1852, vers l'âge de trente-six ans, paraissent avoir débuté les craintes de persécutions. Depuis, L... se figurait souvent qu'on voulait l'empoisonner. Des voix intérieures, dit-il, le tourmentent sans cesse ; on lit jour et nuit dans sa pensée ; on lui fait des menaces atroces. D'autre part, on le traite de sodomiste ; on s'est introduit en lui : « Deux êtres font ce qu'ils veulent de lui et se sont rendus maîtres de son corps ; ces êtres le poursuivent et se livrent à des actes infâmes non seulement sur lui, mais sur tous les siens. » Des idées ambitieuses commencèrent à se montrer vers 1866, L... s'occupait d'expériences de chimie, voyait de l'or dans la poussière, voyait des diamants dans les cailloux ; peu à peu il s'attribua le mérite d'inventions enfantines.

Observation XIII (*M. Gérente*). — Clara-Cécile G..., femme L..., quarante ans. Héréditaire vésanique. En 1876, à la seconde période d'une psychose systématique, Mme L..., hallucinée de l'ouïe, se croit persécutée à cause des opinions

©BIUM

politiques de son mari. C'est la Compagnie de Jésus qui la persécute. Elle ne veut plus manger de crainte d'empoisonnement. En 1880, la malade se plaint d'être en butte à mille tracasseries ; d'être injuriée, livrée jour et nuit aux dernières insultes. Une fois elle raconte qu'elle se croit enceinte, qu'elle ne peut savoir les opérations qu'on fait sur elle la nuit, mais qu'il faudra bien qu'elle mette au monde l'enfant qui est dans son ventre. Mme L... parle des horreurs, des infamies auxquelles elle est soumise. On la contraint, malgré elle, à se prêter à des relations constantes avec une Dubarry. Mais un phénomène nouveau est apparu, d'abord entremêlé aux conceptions pénibles, puis se dégageant, s'isolant peu à peu et arrivant enfin à l'état de système au premier plan ; il s'agit des idées ambitieuses qui se sont graduellement accentuées et de la période chronique d'expansion vers laquelle arrive la malade pas à pas. Vers la fin de 1876, Mme L... se déclare préoccupée : « l'avenir l'épouvante, le paupérisme envahit le monde entier ; elle voit l'Europe en feu. » Plus tard, elle parle de « son savoir, de ses talents d'artiste », qu'elle désire utiliser. Elle demande, en 1878, au médecin de lui trouver un asile où elle puisse vivre tranquillement, « à moins que vous ne vouliez me reconnaître pour votre fille et me faire respecter comme telle en attendant une situation régulière. » En 1879, elle prétend se faire appeler Mlle de S..., ne reconnaît plus M. L..., son mari, que pour un cousin et l'appelle M. de M... Elle renie ses propres enfants : « Ce sont mes neveux et c'est tout ! » Elle s'arrête quand, par mégarde, on l'appelle madame, et s'écrie que la nommer ainsi, c'est l'outrager. Elle se met du rouge sur les joues, de la poudre dans les cheveux, minaude. En 1880, elle traverse plusieurs incarnations, les quitte, y revient successivement, ne se fixe pas, ne « se cristallise » pas encore dans son nouveau personnage : tantôt elle est Mlle de Signe, tantôt Blanche de Lys, princesse d'Irlande, tantôt une princesse de Valois-Bonaparte ; elle se croit, à l'asile, dans un établissement princier en Normandie. Mme L... devient d'ailleurs un peu plus accessible, pourvu qu'on paraisse lui rendre hommage et reconnaître ses attributs princiers. Tel était l'état de cette malade vers 1880.

Je rapporte ici l'observation suivante, bien qu'elle soit inédite, parce qu'elle a été prise dans le service de M. Garnier, par son interne, en dehors de toute préoccu-

©BIUM

pation relative à notre sujet; ce sera la dernière. Je la dois à l'obligeance de mon distingué confrère.

Observation XIV (*Service de M. Garnier*). — Marie Ba..., cinquante-trois ans, commerçante, entrée le 6 juin 1887. Frère mort dans un asile d'aliénés. Dès 1872, on voulait la faire passer pour folle ; son mari voulant se démarier lui a fait signer des pièces destinées à l'entortiller. Il y a dix-huit mois, on a voulu l'empoisonner à plusieurs reprises et on cherchait à l'incendier sur les toits. Les agents des mœurs voulaient l'arrêter comme incendiaire. On lui a volé ses papiers et ses chiens pour les faire étudier aux somnambules. On voulait lui faire supporter toutes les faillites des autres pour la discréditer dans son commerce. Souvent, la nuit, ne pouvant rester chez elle parce qu'on la travaillait, elle se promenait devant la gare du Nord. Là il se passait des choses, des crimes abominables : elle voyait des chiens restés là où avaient disparu leurs maîtres. Il ne doit bientôt plus y avoir de prêtres, car on les assassine tous. *On lui faisait, du reste, la nuit, des choses qu'elle ne peut dire.* Nuit et jour, on lui envoyait par sa fenêtre des machines à incendier, du poison, des acides, des ordures, de mauvaises odeurs. On lui a dit que ses père et mère étaient morts, mais elle n'est pas sûre de la vérité de cette assertion, puisqu'elle-même on a voulu la faire passer pour morte plus de cinquante fois. D'ailleurs, on a fait disparaître ses père et grand-père, non seulement dans le but de s'emparer de leur immense fortune (plusieurs millions, elle ne sait pas au juste), mais pour prendre leur situation politique, car son grand-père aurait dû régner ; et elle, on cherche aussi à la faire disparaître. Quant à son frère, on a voulu le faire passer pour fou, puis pour mort, mais elle sait qu'il a ressuscité. C'est Mme la baronne de Rothschild qui a fait faire tout le mal pour s'emparer de sa fortune. Elle a fait plusieurs inventions qui ont été accaparées par d'autres personnes : elle a été ainsi l'occasion de nombreux brevets et médailles.

Il est possible, probable même, qu'en persistant dans mes recherches bibliographiques, j'aurais trouvé d'autres observations tout aussi caractéristiques ; mais les quatorze réunies dans ce mémoire suffisent, me semble-t-il, pour convaincre les esprits les plus difficiles et

©BIUM

établir que, contrairement à l'assertion de M. Christian, les persécutés génitaux, ceux mêmes dont le délire s'alimente presque exclusivement de leurs fausses sensations génésiques, aboutissent comme les autres à la mégalomanie et comme eux parcourent successivement les quatre périodes constitutives de la psychose systématique.

©BIUM

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

SPASME LARYNGÉ HYSTÉRIQUE

Par le Dr BESSIÈRE
Médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Saint-Alban.

Parmi les innombrables phénomènes morbides qui se produisent dans le cours de l'hystérie, le spasme laryngé est un de ceux qu'on trouve le plus fréquemment, et on peut dire le plus anciennement signalé par tous les auteurs qui ont étudié la grande névrose. Il n'est pas, en effet, d'attaque complète d'hystéro-épilepsie dans laquelle ce symptôme ne soit observé et, dans l'hystérie simple, il est assez peu de cas où il fasse complètement défaut.

Le spasme laryngé hystérique affecte, en règle générale, deux formes théoriquement distinctes : le spasme à forme inspiratoire, le spasme à forme expiratoire. Ces deux formes varient d'ailleurs selon les sujets, se confondent souvent, se substituent parfois l'une à l'autre et n'ont, sauf dans l'aura, aucun caractère absolument précis.

Ce spasme peut survenir dans toutes les phases de l'hystérie. On le voit assez souvent évoluer entre les paroxysmes ; dans d'autres circonstances, il constitue un des symptômes de ce qu'on appelait autrefois l'hystéricisme, état dans lequel les accès convulsifs sont remplacés par des accidents nerveux aussi nombreux

©BIUM

que variés. L'hyperkinésie hystérique, dit Jaccoud (1), qui apparaît sous la forme de convulsions toniques ou cloniques dans les attaques, se présente, dans leur intervalle ou en leur absence, sous forme de contractures ou de spasmes viscéraux, parmi lesquels il convient de citer les vomissements opiniâtres, périodiques ou non, les accès de dyspnée, de toux quinteuse et sonore, le hoquet, le *spasme de la glotte*.

L'époque de la manifestation du spasme offre une fixité presque constante dans la période prodromique de la crise d'hystérie, et une certaine régularité pendant les deux premières périodes de l'attaque d'hystéro-épilepsie, telle qu'elle a été magistralement décrite par Charcot et Richer (2). Nous citerons plus loin un cas dans lequel ce spasme suivait immédiatement les paroxysmes.

A la période prodromique il fait partie des troubles nerveux qui tourmentent les malades quelques jours ou quelques heures avant l'accès ; il rentre dans la catégorie des symptômes précurseurs ainsi décrits par Dubois d'Amiens (3) : pleurs sans motifs, rires presque convulsifs, soupirs profonds, crispation dans les membres, légers tournoiements de l'abdomen, *serrement du gosier*.

Pendant l'aura, ce phénomène est presque pathognomonique. Le diagnostic d'hystérie est bien près d'être établi quand on apprend d'une malade qu'elle éprouve, par moments, la sensation d'une boule remontant de l'estomac à la gorge et occasionnant une angoisse respiratoire voisine de la suffocation. Cette sensation a été, depuis longtemps, attribuée à la contraction spasmo-

(1) G. Jaccoud *Traité de pathologie interne.*
(2) P. Richer, *Études cliniques sur la grande hystérie ou hystéro-épilepsie.*
(3) F. Dubois, *Hist. philosoph. de l'hypoc. et de l'hystérie.*

©BIUM

dique de la glotte. Les malades portent la main à la gorge, enlèvent tout ce qui peut comprimer le cou, s'efforcent d'arracher le corps étranger dont elles ont l'illusion et qui provoque, chez elles, une douleur extrêmement pénible. Leur respiration s'arrête, le spasme ayant pour effet de fermer complètement l'orifice glottique. On trouve signalée, dans les traités de pathologie, sinon la similitude absolue, du moins la plus grande analogie de cette contraction hystérique avec celle qui se produit dans le spasme de la glotte, névrose de la première enfance.

Pendant la période épileptoïde de l'attaque d'hystéro-épilepsie, on observe, en même temps qu'un gonflement plus ou moins considérable du cou, une constriction douloureuse du larynx, une respiration haletante, des menaces de suffocation, des sons laryngiens que Briquet désignait sous le nom de cri initial, mais qui, d'après Axenfeld (1), s'appliquent à des cris divers, cris gutturaux, laryngés, produits par le spasme des muscles du larynx, du pharynx ou du voile du palais. La gêne respiratoire résulte du spasme laryngé excessif qui caractérise le moment tétanique de l'accès (Bernutz) (2). Le larynx, dit Briquet, se serre convulsivement et fait entendre, par intervalles, quelques sons rauques ou un bruissement sourd provoqué par le passage de l'air qui est difficile.

Dans la deuxième période, le spasme laryngé est plus rare. Il n'y a dans cette phase, d'après Charcot, ni suspension de la respiration, ni spasme inspiratoire, ni turgescence faciale. Les cas dans lesquels les spasmes laryngés se produisent doivent, selon l'opinion de Richer, être compris dans les variétés qu'affecte la

(1) Axenfeld et Huchard, *Traité des névroses.*
(2) Bernnutz, Dictionnaire de Jaccoud, article *Hystérie.*

©BIUM

seconde période. Ici ce phénomène se présente sous la forme de spasme expiratoire et se traduit par des cris d'une bizarrerie extravagante. Ces cris, dit Axenfeld, qui étaient déjà bien connus de Willis, peuvent simuler l'aboiement, les hurlements du chien, les miaulements du chat, le rugissement des bêtes féroces (qu'on observe souvent dans le cours des crises convulsives), le glapissement, le gloussement des poules, le grognement du cochon et le croassement des grenouilles.

A la troisième période, le spasme laryngé cesse complètement.

Peut-il se renouveler à la quatrième période ? Les ouvrages que nous possédons n'en donnent pas d'exemples ; nous devons donc conclure qu'il doit être assez rare à cette phase. C'est cette considération qui nous a déterminé à relater l'observation d'une malade chez laquelle l'attaque d'hystérie, uniquement représentée par les symptômes de l'aura avec prédominance du spasme de la glotte, était immédiatement suivie, les trois premières périodes faisant défaut, de troubles laryngés (spasme inspiratoire) qui peuvent être comptés, au même titre que les contractures partielles, parmi les phénomènes qui constituent le dernier acte du paroxysme. Après des durées diverses, le spasme s'est prolongé en dernier lieu, chez cette femme, pendant cinquante-huit jours, et tout nous porte à croire qu'il aurait persisté pendant un laps de temps beaucoup plus long, si nous ne l'avions pas fait cesser par l'hypnotisme et la suggestion.

Hystérie. — Hérédité nerveuse et apoplectique. — Attaques à forme spasmodique (spasme de la glotte) sans perte de connaissance ni convulsions des membres. — A deux reprises, paraplégie complète interparoxystique. — Spasme laryngé inspiratoire prolongé consécutif aux attaques. — Guérison de ce symptôme par l'hypnotisme et la suggestion.

Mme R..., âgée de quarante-quatre ans, ménagère, domiciliée

©BIUM

à Navarre, près Évreux (Eure), est une femme de taille moyenne, d'un tempérament nerveux, d'une grande impressionnabilité, d'un caractère assez mobile, mais généralement gai. Elle passe, parmi les personnes qui la connaissent, pour être un peu excentrique, mais elle n'offre aucun trouble mental. Son intelligence est ordinaire, sa mémoire est sûre, son jugement est celui des personnes de sa classe sociale. Elle jouit habituellement d'une bonne santé physique et n'a jamais eu, en dehors d'une scarlatine à l'âge de huit ans et des phénomènes que nous allons décrire, aucune maladie sérieuse.

Son père a succombé à l'âge de cinquante-cinq ans, à la suite d'une paralysie, au sujet de laquelle elle ne peut nous donner aucun détail. Il est mort loin de sa femme qu'il avait quittée pour cause d'incompatibilité d'humeur. Sa mère est morte à l'âge de soixante-dix-huit ans, d'une attaque d'apoplexie, après être restée plusieurs années paralysée du côté droit. Elle avait été atteinte, pendant une grande partie de son existence, d'une maladie nerveuse qui devait être, selon toute probabilité, de l'épilepsie. Elle tombait par terre, comme une masse, perdait connaissance, se débattait. Ces attaques cessèrent au moment de la ménopause. — Pas d'antécédents vésaniques dans la famille. Notre malade n'a qu'une sœur et celle-ci est indemne de tout accident nerveux.

M^me^ R... a été réglée à dix-sept ans. La menstruation s'est établie sans aucune difficulté et a été généralement régulière, sauf pendant les six premières années de son mariage où, en dehors de la grossesse et de la lactation, les règles restaient quelquefois neuf à dix mois sans reparaître. Depuis onze ans, elles n'ont pas manqué une seule fois, mais elles sont précédées et accompagnées de douleurs assez vives dans le ventre et dans les lombes ; elles durent huit jours et sont très abondantes, surtout pendant les trois premiers jours.

Elle s'est mariée à vingt-quatre ans, elle a eu un enfant qui se porte bien, dont l'intelligence est assez développée, mais qui est un peu nerveux et très entêté. Il a de bonnes dispositions pour l'étude et se destine à l'enseignement primaire. L'accouchement a été normal et n'a été suivi d'aucun accident.

A l'âge de vingt-huit ans, elle a été prise, pour la première fois, à la suite d'une vive contrariété, de phénomènes nerveux dont elle donne la description suivante : elle ressentit d'abord dans les mains, dans la figure, dans le dos, des fourmillements analogues à ceux qu'on éprouve lorsqu'une mauvaise position a

©BIUM

engourdi un membre. Presque aussitôt il lui sembla qu'une boule, partant de l'estomac, lui remontait à la gorge, lui causant un mal affreux. Arrivée à la gorge, cette boule la serra avec une telle force que sa respiration devint gênée, au point qu'elle crut qu'elle allait mourir asphyxiée. Elle ne perdit pas connaissance, ne tomba pas, n'eut pas de secousses convulsives. Elle fut, pendant une heure, en proie à cette sensation de suffocation ; de courts moments de détente se produisaient pendant lesquels elle respirait très vite, puis elle perdait de nouveau haleine, craignant chaque fois d'étrangler. Son cœur battait avec force,les yeux lui sortaient de la tête, sa figure devenait noire.

Les mêmes crises se renouvelèrent pendant une semaine à la même heure, puis, sous l'influence du traitement (bromure de potassium), elles s'espacèrent et ne revinrent plus que tous les deux ou trois mois.

Huit ans se passèrent dans les mêmes conditions.

En 1882, les attaques reparurent avec une intensité et une fréquence inaccoutumées. Elles avaient lieu journellement à onze heures du matin et duraient jusqu'à trois heures du soir. En présence de cette situation, M. le Dr Pasquier, d'Évreux, qui soignait Mme R..., lui conseilla d'aller se faire traiter à Paris. Elle y consentit et obtint son admission à la Salpêtrière dans le service du professeur Charcot. Le traitement auquel elle fut soumise dans cet établissement (douches en jet, application de courants électriques sur la région du cou) amena une amélioration assez rapide et, après un séjour d'un peu plus de trois mois, elle quitta la Salpêtrière, se croyant définitivement guérie.

Elle resta six mois sans éprouver aucun accident, puis les accès recommencèrent en septembre 1883 et prirent des allures d'une durée insolite. Alors qu'autrefois ils s'arrêtaient au bout de trois ou quatre heures, ils commencèrent dès lors à se prolonger pendant trois et quatre jours. Leur caractère général n'était pas modifié, mais un nouvel élément était venu s'y ajouter. La période suffocante proprement dite était suivie d'une respiration dyspnéique s'accompagnant, pendant l'inspiration seulement, d'un sifflement bruyant. Ce bruit était continu et ne cessait que pendant le sommeil.

L'état de la malade resta le même jusqu'en avril 1884. A cette époque, elle perdit sa mère et, quelques jours après ce décès, il lui survint une paralysie complète des deux jambes

©BIUM

qui dura cinq mois et se dissipa insensiblement. Il n'y eut pas d'attaques dans le cours de cette paraplégie.

Elles revinrent en octobre 1884 et, pendant deux ans, reparurent d'une façon irrégulière, éclatant tantôt tous les jours, laissant d'autres fois à la malade un répit de plusieurs semaines.

Au mois de janvier 1887, M^me^ R... fut atteinte presque brusquement d'une nouvelle paraplégie. Tout mouvement des jambes devint impossible. Il fallait la mettre au lit, la traîner dans une chaise roulante. Quand on la levait, ses jambes pendaient sur le sol, inertes et, selon l'expression de la malade, se pliant et se dépliant comme des chiffons. L'anesthésie n'était pas complète : elle sentait un peu la température des objets et distinguait, à un faible degré, un corps chaud d'un corps froid. L'analgésie au contraire était absolue. On pouvait la piquer, la pincer, traverser sa peau avec des épingles, elle ne manifestait aucune douleur. Elle resta pendant vingt-sept mois dans cette situation, que l'aimant et l'électricité furent impuissants à améliorer. Ce ne fut que par une sorte de suggestion à l'état de veille, par des exhortations répétées, par un entraînement soutenu de l'imagination que M. le D^r^ Pasquier parvint à triompher progressivement de l'anéantissement de la motilité. Sous l'influence de ce traitement moral, la malade put d'abord exécuter des mouvements limités, puis elle fit quelques pas avec des béquilles et enfin, en avril 1889, la marche redevint possible sans aucune aide. De même que lors de la première paraplégie, les accès dyspnéiques ne se produisirent pas pendant celle-ci.

Quelques jours après le rétablissement complet de la marche, M^me^ R... eut, au commencement d'avril, une violente crise nerveuse caractérisée, comme celles d'autrefois, par la sensation de la boule et par les mêmes symptômes asphyxiques. La crise dura presque toute la journée et fut immédiatement suivie de l'oppression et du sifflement laryngé qu'elle avait éprouvés en 1883. Ils persistèrent pendant un mois et prirent fin le 1^er^ mai. Tout le mois de mai se passa tranquillement sans aucune crise.

Le 18 juin, jour de l'apparition de ses règles, la malade fut reprise de ses attaques habituelles et en eut pendant plusieurs jours consécutifs. Cette fois, les intervalles des paroxysmes furent occupés par les troubles laryngés et, quand les attaques cessèrent, la respiration resta haletante et le spasme glottique persista avec une continuité désespérante pendant la fin de juin, le mois de juillet tout entier et plus de la moitié d'août. Les

©BIUM

médications variées qu'elle suivait (chloral, hyoscine, éther, opium, injections hypodermiques de morphine) n'amenaient qu'un soulagement momentané et aussitôt que leurs effets s'épuisaient, le spasme reparaissait.

Le 7 août, M. le Dr Pasquier m'ayant appelé en consultation pour voir Mme R..., je me rendis chez elle. Je la trouvai couchée, endormie ; elle avait pris, une heure avant, une cuillerée d'une potion de chloral. Elle se réveille dès qu'elle m'entend marcher dans l'appartement. A l'instant même où elle a ouvert les yeux, elle se met à respirer bruyamment en faisant entendre un cornage strident d'une intensité qui dépasse tout ce qu'on peut imaginer. C'était la première fois que je voyais la malade (les détails que je viens d'exposer m'ont été donnés par elle après sa guérison) ; elle m'apprend que le bruit produit par sa gorge était beaucoup plus fort depuis ses dernières attaques qu'autrefois. Ce bruit est tel qu'il incommode les voisins dans un large rayon et qu'il pénètre jusqu'à l'église, distante de près de quatre-vingts mètres, où il trouble les cérémonies religieuses. La bouche s'ouvre démesurément, les épaules se soulèvent, le thorax se bombe et l'air se précipite dans la poitrine à travers le larynx, spasmodiquement rétréci, en produisant ce son retentissant que la malade appelle *sa musique*. L'expiration est absolument silencieuse, la voix n'est pas altérée. La malade peut parler, mais il lui est impossible de soutenir la conversation, chaque mot étant aussitôt masqué par l'inspiration bruyante. Il y a de la dyspnée, les mouvements respiratoires s'élèvent à vingt-huit par minute, mais l'oppression ne s'accompagne d'aucune menace de suffocation. Le bruit laryngé augmente de force et de fréquence pendant la marche, l'ascension des escaliers et sous l'influence des émotions morales ; il présente une légère diminution dans la station couchée et cesse complètement pendant le sommeil. La malade ne tousse pas ; il n'y a rien à l'auscultation. Le pouls est petit, peu fréquent.

Cette femme est très amaigrie, très fatiguée. Elle mange peu, est constipée et ne va à la garde-robe que par purgatifs. Elle s'impatiente de son état et éprouve un vif désir de guérir.

Le 10 août, après avoir vu la veille son médecin et obtenu de ce distingué confrère l'autorisation d'essayer l'hypnotisme, je retournai chez elle. Son état était le même qu'au moment de ma première visite, M. le Dr Pasquier lui avait fait accepter l'idée d'un nouveau traitement et avait préparé favorablement le terrain en lui affirmant que je la guérirai par mon procédé

©BIUM

dont j'avais toujours retiré, en de nombreuses circonstances, les meilleurs résultats. Son imagination ainsi excitée, elle m'attendait impatiemment.

Ainsi que je le prévoyais, rien ne fut plus facile que de l'endormir. Des pressions exercées de gauche à droite et *vice versa* sur les globes oculaires amènent au bout de deux minutes une diminution très nette de l'oppression. Le cornage devient moins bruyant et s'éteint complètement après cinq minutes. La malade fait quelques mouvements de déglutition et s'endort profondément. L'anesthésie est absolue, je la pique, je la pince, elle ne sent rien. La physionomie est calme, les paupières sont immobiles. Je la fais coucher et lui enjoins de respirer normalement, de dormir le restant de la journée et toute la nuit sans rien entendre de se qui se passera autour d'elle et d'attendre que je vienne la réveiller. Elle murmure une faible réponse d'acquiescement.

Le 11, je la réveille à dix heures du matin. Elle a eu une nuit tranquille, a respiré sans oppression, n'a pas bougé de son lit. Elle dit qu'elle a bien dormi, mais qu'elle a beaucoup rêvé. Dès le réveil, le spasme laryngé se reproduit. Le soir, à cinq heures, j'endors de nouveau M^me^ R... et le spasme cesse aussitôt. La malade qui, le premier jour, ne parlait qu'avec un effort visible, cause pendant cette seconde séance sans la moindre difficulté et répond aisément à toutes les questions que je lui adresse.

Le 12, je provoque le réveil à onze heures du matin. Le sommeil a été profond et il y a eu très peu de rêves. L'état de la malade ne se modifie pas pendant la journée. Je joins, le soir, à la suggestion de la veille, celle d'appliquer le lendemain toute son énergie à atténuer sa désagréable harmonie.

13 août. La suggestion ne se réalise pas. Aussitôt l'hypnose rompue, le cornage se fait entendre aussi retentissant que jamais et persiste jusqu'au moment où la malade est de nouveau endormie par moi (cinq heures du soir). Même suggestion.

Le 14, il n'y a encore aucun changement après le réveil, que je détermine à dix heures un quart du matin. Je reste une demi-heure avec la malade et, voyant le spasme continuer avec la même intensité, je la rendors séance tenante; puis je lui réitère la suggestion, lui prescrivant, en outre, de prendre, sans se réveiller, les aliments que son mari lui présentera.

15 août. Réveillée après un sommeil de vingt-trois heures. Une amélioration sensible se dessine. L'oppression est beau-

©BIUM

coup moindre et le bruit laryngé a notablement perdu de son éclat. La journée se passe dans ces conditions favorables. Je retourne chez Mme R... à huit heures du soir et je l'endors. Deux minutes suffisent maintenant pour amener l'hypnose.

Le 16, le mieux est de plus en plus manifeste. Le cornage a complètement disparu. Il n'y a plus de dyspnée, mais l'inspiration est profonde, suspirieuse, s'opérant avec une certaine difficulté. Le soir, même suggestion que les jours précédents : dormir d'un sommeil ininterrompu, avoir une respiration régulière, n'entendre aucun bruit et, ajoutai-je en plaisantant, ne se réveiller que si le feu prend dans la maison.

Par un curieux hasard, cette plaisanterie devient une réalité. Le 17, à cinq heures du matin, un incendie éclate dans un hangar attenant à l'habitation des époux R... Les voisins aperçoivent la flamme. On crie au feu et immédiatement la malade se réveille en sursaut, s'habille et descend. Sous l'influence de cette émotion, les accidents dyspnéiques et laryngés reparaissent. On vient me chercher en toute hâte. Je trouve cette femme très impressionnée, haletante, en proie à de la suffocation, à une véritable crise d'apnée et cornant comme en ses plus mauvais jours. Je l'endors avec une certaine peine ; mais dès que j'ai obtenu le sommeil, tout rentre dans l'ordre, la dyspnée s'apaise et le spasme s'arrête.

Je laisse l'hypnose durer vingt-sept heures. La journée du 17 est peu satisfaisante. Il y a de l'oppression et le bruit laryngé est assez intense. Je renouvelle le soir les suggestions habituelles en y insistant de toute mon énergie.

18 août. La malade ne conserve plus aucune trace de son impression morale. Elle va mieux ; les mouvements respiratoires sont moins accélérés, le timbre du cornage est bien moins strident. Même suggestion à huit heures du soir.

Le 19, l'amélioration s'accentue. La respiration est presque libre, il n'y a plus qu'un peu de gêne pendant l'inspiration et celle-ci s'accompagne d'un léger sifflement. Mme R... redevient gaie et heureuse, annonce à son mari qu'elle se sent à peu près guérie, fait des projets de voyage. Continuation des pratiques d'hypnotisme. Actuellement le sommeil est déterminé presque instantanément après quelques pressions sur les globes oculaires.

Le 20, tout spasme a disparu. Respiration normale, silencieuse. Il n'existe plus aucun bruit laryngé. Mme R... se plaint de souffrir de l'estomac, ce qui, affirme-t-elle, la confirme dans

©BIUM

la conviction qu'elle a d'être guérie, car elle a remarqué que cette souffrance coïncidait toujours avec son rétablissement. La dernière hypnotisation effectuée le soir enlève, dès le lendemain matin, ce malaise.

Depuis cette époque, M^me^ R... n'a plus éprouvé aucun accident. Elle a recouvré ses forces et se trouve en ce moment dans les meilleures conditions de santé physique.

Nous n'ajouterons à cette observation que de courtes réflexions.

1° Il y a lieu de remarquer que les attaques de cette femme consistent exclusivement dans les phénomènes de l'aura. Elles ressemblent, en beaucoup de points, à la variété que Jaccoud appelle *convulsion localisée tonique*, variété qui, dit-il, a été décrite comme une forme non convulsive, ce qui est une erreur évidente, car tous les phénomènes qui la constituent sont des mouvements convulsifs, seulement ils ont ce double caractère d'être limités à la sphère de certains nerfs et de se présenter presque exclusivement sous forme de contractions toniques. Dans notre observation, le spasme prédominant affecte la glotte, et l'attaque doit être rangée dans cette espèce que Briquet a décrite sous le nom d'*attaques de spasmes*, et qui se caractérise par de la constriction épigastrique, des palpitations, une accélération des mouvements respiratoires capable de provoquer jusqu'à cent respirations par minute, la sensation d'un globe montant à la gorge et déterminant une strangulation douloureuse, pendant laquelle la malade paraît près d'étouffer. Cet état de souffrance est quelquefois porté à un degré effrayant et dure pendant quelques minutes ou quelques heures. Il y a conservation complète de la connaissance. Chez quelques femmes, ces attaques existent toujours seules; chez d'autres, elles alternent avec des attaques franchement convul-

©BIUM

sives. Ces sortes de crises sont rares, car l'auteur dont nous venons de résumer la description ne les a observées qu'une douzaine de fois sur quatre cents hystériques.

2° Le spasme laryngé inspiratoire, qui succédait chez Mme R.. à l'attaque proprement dite, offre un intérêt incontestable en raison de sa durée extrêmement longue. Il serait téméraire d'affirmer qu'il n'existe pas de cas analogues, mais nous n'en connaissons aucun. Nous pensons qu'il est inutile de discuter l'origine hystérique de ce symptôme. Le cornage retentissant qui se produisait exclusivement pendant l'inspiration, au moment du passage de l'air à travers la glotte, était évidemment dû à une contraction spasmodique des muscles du larynx et ce qui le prouve, c'est qu'il cessait pendant le sommeil, que ce sommeil fût naturel ou provoqué par des médicaments ou suscité par l'hypnotisme. S'il avait été occasionné par une affection du larynx, il se serait manifesté aussi bien la nuit que le jour et n'aurait pas eu lieu uniquement pendant l'état de veille. Trousseau avait constaté la même particularité dans la chorée, et Lasègue dans la toux hystérique.

3° Le traitement par l'hypnotisme ne peut prêter à de longues considérations. Avant tout essai, il était infiniment probable que cette malade serait sensible aux pratiques hypnotiques et, en effet, elle a été plongée d'emblée dans l'état somnambulique. Elle obéissait au commandement, se levait, se couchait, parlait, répondait à toutes mes questions, ne percevait aucune douleur quand je la piquais ou la pinçais. Au réveil, l'amnésie était presque complète ; elle se rappelait seulement les paroles que j'avais prononcées quelques instants avant de faire cesser l'hypnose. Après une résistance momentanée, elle était arrivée à réaliser les suggestions intra et post-hypnotiques. On pourrait, je crois, ranger son

©BIUM

sommeil dans le septième degré de Bernheim (1). La cessation complète des accidents spasmodiques a été obtenue en treize jours; elle aurait certainement été plus rapide sans la vive émotion ressentie par la malade au moment où une amélioration sensible permettait de faire espérer une guérison à bref délai.

(1) Bernheim, *De la suggestion*, etc.

©BIUM

Archives cliniques.

30.

ASILE DE VILLE-EVRARD. — M. TARGOULA,
INTERNE DE SERVICE.

Gomme du cerveau simulant le syndrome de la paralysie générale.

Une tumeur cérébrale peut revêtir le masque d'une paralysie générale ; l'affaiblissement intellectuel, la parésie généralisée, l'embarras de la parole, l'inégalité pupillaire qui se montrent souvent dans les tumeurs cérébrales, peuvent en imposer.

Les lésions syphilitiques du cerveau, altération vasculaire des enveloppes et de la substance cérébrale plus ou moins généralisée, reproduisent les lésions de la péri-encéphalite diffuse et provoquent des symptômes cliniques de la paralysie générale.

Zambaco cite un malade présentant les symptômes de la paralysie générale vingt ans après un chancre et des syphilides ; à l'autopsie, on trouva à la partie antérieure du lobe frontal, près de la ligne médiane, une gomme du volume d'une grosse noix. La masse cérébrale était ramollie dans toute son étendue, plus particulièrement dans les lobes antérieurs. Les ventricules contenaient une quantité énorme de sérosité.

On a noté des différences subtiles dans les symptômes de la paralysie générale proprement dite et celle provoquée par des lésions syphilitiques. Idiotie, abrutissement et démence prématurée ; délire des grandeurs et délire ambitieux amoindri ; délire de satisfaction de

©BIUM

moindre amplitude ; le moi moins absorbant, plus réservé, plus timide. Le tremblement qui consiste dans une trémulence et un mouvement fibrillaire et vermiculaire des lèvres et de la langue, et qui est presque pathognomonique chez les paralytiques généraux, ne se retrouve pas au même degré chez les syphilitiques ; il fait même parfois défaut ; celui des mains est plus fréquent, sans atteindre la même intensité et la même régularité que dans la paralysie générale ; des troubles moteurs partiels et généralisés sont plus précoces chez les syphilitiques que dans la paralysie générale (Mauriac).

Nous citons ci-dessous une observation qui prouve les difficultés insurmontables de diagnostic entre la paralysie générale et la paralysie générale syphilitique.

SOMMAIRE. — Affaiblissement intellectuel. — Idées ambitieuses et hypocondriaques. — Embarras de la parole. — Inégalité pupillaire. — Agitation surtout nocturne. — Refus d'alimentation. — Mort dans le marasme. — Autopsie : pas d'adhérences méningées, mais gomme dans l'hémisphère gauche.

Le nommé Louis A..., cuisinier et âgé de trente-neuf ans, entre le 5 janvier 1889 à Saint-Anne, dans le service de M. Magnan, muni d'un certificat du médecin de la préfecture, M. Garnier, où nous lisons : Paralysie générale. Affaiblissement des facultés. Divagations ambitieuses. Le colonel du régiment dont il est cuisinier va lui faire un superbe cadeau. Embarras de la parole. Inégalité pupillaire. Inconscience de sa situation.

Il reste à Sainte-Anne deux jours avec le diagnostic de M. Magnan : Paralysie générale avec préoccupations hypocondriaques, idées incohérentes de satisfaction. Hésitation de la parole, inégalité pupillaire.

Transféré à Ville-Evrard, le 7 janvier ; diagnostic de M. Marandon de Montyel : Paralysie générale avec affaiblissement intellectuel et association de conceptions

©BIUM

délirantes hypocondriaques et de grandeur. Il reste à Ville-Evrard pendant six mois où il vit de la vie des paralytiques généraux ; périodes d'agitation, surtout nocturnes ; gâtisme, grincements de dents fréquents et intenses. Refus d'aliments pendant cinquante-cinq jours. Mutisme habituel et réponses incohérentes. Mort dans le marasme le 6 juillet. Il n'a jamais eu d'attaques épileptiformes, mais des vertiges fréquents.

A l'autopsie, on trouve à la face inférieure et externe du lobe frontal de l'hémisphère gauche une gomme, de la dimension d'une grosse noix, jaune, blanchâtre.

Les méninges non adhérentes, ventricules non dilatés, quelques plaques athéromateuses dans le tronc de l'artère basilique. Liquide céphalo-rachidien en quantité normale.

Malheureusement, l'autopsie complète n'a pu être faite.

Ainsi, paralysie générale constatée du vivant du malade, par les maîtres les plus incontestés dans la médecine mentale, et à l'autopsie on ne trouve qu'une gomme sans les autres lésions de la péri-encéphalite diffuse qui caractérisent la paralysie générale.

ASILE DE LA ROCHE-SUR-YON. — M. CHASTENET, INTERNE (1).

Folie de la puberté.

SOMMAIRE : Hérédité paternelle. — Puberté difficile. — État mélancolique avec prédominance de délire du doute et aboulie. — Quelques craintes des contacts. — Quelques idées religieuses. — Guérison.

Henriette X..., quinze ans, est entrée à l'asile de La Roche-sur-Yon le 10 mars 1888.

Renseignements fournis par la famille. — Il y a trois

(1) Service du Dr A. Cullerre, directeur-médecin.

©BIUM

mois et demi, elle commença à éprouver quelques malaises ; elle avait un air pensif, rêveur, inquiet. Cette période dura une huitaine de jours. Durant un mois, elle parut plus gaie, et confia à ses amies qu'elle craignait qu'on ne l'ait prise pour folle. Le 1er janvier dernier, elle recommença à devenir inquiète, à avoir des doutes, des scrupules. « Il y a un mois, si elle n'avait pas refusé de danser avec un jeune homme à une noce où elle était allée, elle ne serait sans doute pas malade. Pourquoi n'est-elle pas réglée, puisque les compagnes de son âge le sont bien? » Vient ensuite l'inquiétude d'avoir pu faire une mauvaise communion, d'avoir commis des fautes contre le monde. Ses pleurs durent quelquefois toute une journée ; ils sont consécutifs à un accès d'agitation ayant lieu surtout le matin à son réveil et qui débute par des reproches qu'elle s'adresse. L'agitation dure environ deux heures ; viennent ensuite les pleurs. Ces accès étaient, au début, assez rares ; mais, depuis une quinzaine de jours, ils sont plus fréquents et reviennent à peu près cinq à six fois par semaine. Elle a conscience de son état et fait tous ses efforts pour ne pas montrer son trouble intérieur aux personnes étrangères à sa famille. Aucun symptôme d'hystérie, elle n'a jamais ressenti de boule lui montant à la gorge. Elle mange assez bien. La nuit, elle dort, surtout quand on lui fait prendre un bain de pieds le soir.

A l'âge de quatre ans, elle a eu la rougeole. Deux cicatrices à la figure : une à la racine du nez, provenant d'un coup de bâton ; la seconde, au menton, provenant d'une chute sur un fragment de vase.

Un frère et une sœur bien portants. — Mère, cinquante-neuf ans, bien portante, a eu une métrite quatre ans avant la naissance de la malade. Elle s'est bien guérie, a été réglée à dix-neuf ans. — Père, mort à trente-quatre ans d'une fièvre typhoïde, laissant sa femme enceinte

©BIUM

depuis vingt jours de notre malade ; une sœur de ce dernier morte à vingt et un ans, épileptique.

La malade est très intelligente, a appris promptement à lire, à écrire, à compter, s'adonne aux travaux manuels.

13 mars. — Calme depuis son entrée, attitude légèrement inquiète, défiante, demande à s'en aller et à se promener, ne répond absolument à aucune question qu'on lui pose, dit qu'elle n'est pas malade et qu'elle veut s'en retourner. Elle s'est attachée aux infirmières du quartier et ne veut manger qu'à leur table et coucher à côté d'elles. Ne bouge pas de son lit, mais ne dort pas.

État physique : Le développement semble retardé, quoiqu'elle soit assez forte et d'apparence florissante ; mais dans son extérieur, elle a plutôt l'air d'une enfant que d'une jeune fille.

Conformation générale régulière. Pas d'anesthésie. — Potion avec : bromure, 50 centigrammes, et sirop de morphine, 10 grammes. Deux bains alcalins par semaine.

14 mars. — S'est un peu agitée ce matin. Ne veut pas qu'on l'approche, menace de frapper, semble avoir de la *crainte des contacts ;* elle s'écrie : « Tout le monde pue, tout le monde a les dents pourries. »

16 mars. — Subagitation ; tourmentée, en proie à une incertitude anxieuse, elle va sans cesse de droite et de gauche en gémissant toujours sur ce qu'elle aurait dû faire et qu'elle n'a pas fait. Hallucinée ; cette nuit elle a vu un évêque ; il aurait fallu qu'elle parte avec lui. Si elle avait touché une chaise à ce moment, l'évêque lui aurait donné une croix blanche. Sans cesse inquiète, suit les autres malades, ne sait que faire et où aller, a parlé toute la nuit et s'est levée. Sirop de morphine, 20 grammes.

17 mars. — Comme hier, s'est encore levée cette nuit ; figure décomposée, anxieuse : « Il aurait plutôt fallu

©BIUM

qu'elle aille à l'école des trois âges... oh ! là là ! ; oh ! là là, j'aurais dû dire ceci, cela, hier, etc... » Prend une autre malade pour la sainte Vierge et ne la quitte pas d'une semelle.

20 mars. — État d'anxiété permanent ; pleure, gémit et prononce des mots de ce genre : « Je voudrais aller avec ces petites filles ; et vive notre seigneur, enfin ! » Elle répète ces mots en pleurnichant et en *faisant un saut.* « Il faudrait que je danserais », et elle saute tout en grimaçant, ce qui produit le contraste le plus singulier. — Face rouge, vultueuse ; langue saburrale ; pouls nerveux, mobile, concentré. — Hier, a pris 60 grammes de sulfate de magnésie sans résultat ; huile de croton, deux gouttes. Suppression de la morphine et du bromure de potassium. Chloral, 2 grammes.

Dit parfois qu'on va la faire mourir.

24 mars. — Plus calme, n'a plus la face vultueuse, s'occupe à tricoter, mais a toujours un peu d'anxiété. Supplie qu'on ne lui fasse pas prendre de bains.

3 avril. — Quoique non agitée, elle est toujours dans un état de doute anxieux avec *aboulie* complète ; ainsi dimanche et hier, jour de fête, elle n'est pas allée à la messe parce qu'il lui a été impossible de s'habiller ; toute la matinée elle a tenu ses vêtements neufs à la main sans réussir à s'en vêtir. Depuis deux jours elle veut répondre à ses parents qui lui ont écrit, elle commence vingt fois et vingt fois elle laisse la lettre inachevée. Ce matin, elle est assise, une feuille de papier devant elle, la plume à la main ; on finit, en l'exhortant, par la décider à écrire ; alors elle trempe vingt fois sa plume dans l'encrier, commence et s'arrête aussitôt, parce qu'elle ne peut pas faire la première lettre. A ce moment, malgré l'état d'angoisse manifeste dans lequel elle se trouve, elle ne peut s'empêcher de rire et de faire observer qu'elle sait bien écrire et que ce n'est pas par

©BIUM

ignorance ; finalement, n'a pu écrire et y a renoncé.

14 mai. — Depuis une quinzaine de jours, il s'est produit une détente complète, l'anxiété a disparu ainsi que le doute. Elle se trouve bien, l'esprit libre ; elle est enjouée, travaille, écrit à ses parents et songe à sortir bientôt. En même temps, la santé physique s'est améliorée. Elle semble avoir pris de l'embonpoint, mais les règles ne se sont pas montrées.

Elle est retirée par sa famille le 26 mai 1888.

Réflexions. — Chez une jeune fille manifestement en retard au point de vue du développement, l'évolution pubère détermine l'expression d'une sorte d'état mélancolique aigu, demi-conscient, presque exclusivement composé d'obsessions et d'impulsions : folie du doute, crainte des contacts, sorte d'incoordination motrice accompagnant la répétition d'une exclamation toujours la même ; aboulie : ce dernier phénomène est même accentué à un point extraordinaire. Cette mélancolie est remarquable, précisément par l'absence du délire mélancolique ordinaire (idées d'indignité, d'humilité, de culpabilité, de ruine) et la présence de particularités mentales exclusives aux héréditaires et aux dégénérés. Notons qu'une tante de la malade était *épileptique*.

©BIUM

Statistique.

ÉTUDE STATISTIQUE
SUR
LE SUICIDE EN FRANCE
DE 1827 A 1880

Par le Dr J. SOCQUET,
Médecin expert près le tribunal de 1re instance
du département de la Seine.
Secrétaire de la Société de médecine légale de France.

(*Ouvrage couronné par l'Institut, Prix de statistique. Académie des sciences*, 1886.)

(*Suite et fin.*)

IX

SUICIDES PAR DÉPARTEMENT

La base de cette étude consiste dans le relevé que nous avons fait, année par année, pour chaque département, de tous les suicides qui s'y sont produits, de 1827 à 1880, considérés d'abord en bloc, puis eu égard au sexe des victimes.

En premier lieu, nous avons calculé pour chaque département, sexes réunis, le nombre total des suicides pendant ces cinquante-quatre années, puis la moyenne annuelle. Nous avons disposé les départements dans un

©BIUM

ordre correspondant à la fréquence croissante des suicides, ce qui nous a fourni les tableaux suivants :

Suicides des deux sexes réunis de 1827 *à* 1880 (*moyenne annuelle*).

De 4 à 15

Lozère	4	Hautes-Alpes	10
Corse	5	Creuse	11
Ariège	6	Gers	12
Hautes-Pyrénées	7	Lot	12
Cantal	8	Tarn	13
Aveyron	9	Tarn-et-Garonne	13
Haute-Loire	9	Aude	14
Pyrénées-Orientales	9	Corrèze	14

De 16 à 30

Haute-Savoie	16	Jura	23
Allier	17	Loire	23
Landes	17	Hérault	24
Savoie	17	Haute-Marne	24
Ardèche	18	Puy-de-Dôme	24
Indre	19	Vienne	25
Lot-et-Garonne	19	Haute-Vienne	25
Vendée	19	Alpes-Maritimes	25
Basses-Alpes	20	Manche	26
Haute-Garonne	20	Orne	26
Mayenne	20	Ille-et-Vilaine	27
Nièvre	21	Morbihan	27
Basses-Pyrénées	21	Deux-Sèvres	27
Cher	22	Côtes-du-Nord	28
Haute-Saône	22	Loir-et-Cher	30
Doubs	23		

De 31 à 45

Ain	31	Calvados	42
Gard	33	Charente	42
Loire-Inférieure	33	Isère	42
Vaucluse	33	Meuse	43
Drôme	36	Sarthe	43
Vosges	36	Côte-d'Or	44
Dordogne	37	Indre-et-Loire	45
Ardennes	40		

De 46 à 67

Maine-et-Loire	46	Eure-et-Loir	47
Aube	47	Finistère	48

©BIUM

Saône-et-Loire. . . .	49	Charente-Inférieure..	54
Var.	50	Gironde.	55
Loiret.	52	Eure..	61
Meurthe-et-Moselle. .	52	Bouches-du-Rhône. .	67
Yonne.	53	Rhône..	67

De 82 à 140

Somme.	82	Oise.	109
Pas-de-Calais.. . . .	87	Nord..	124
Seine-et-Marne.. . .	91	Seine-Inférieure. . .	132
Marne.	99	Seine-et-Oise.	140
Aisne.	108		

Seine. . . . . 632.

Ces résultats figurés au moyen d'une courbe ne faisaient pas suffisamment image, l'ordre dans lequel se trouvaient placés les départements rompait leurs rapports géographiques ; nous les avons rétablis au moyen d'une carte. A cet effet, nous avons distribué nos départements en cinq groupes, comprenant tous ceux dont le chiffre des suicides est compris entre les mêmes limites, conformément aux tableaux ci-dessus, savoir :

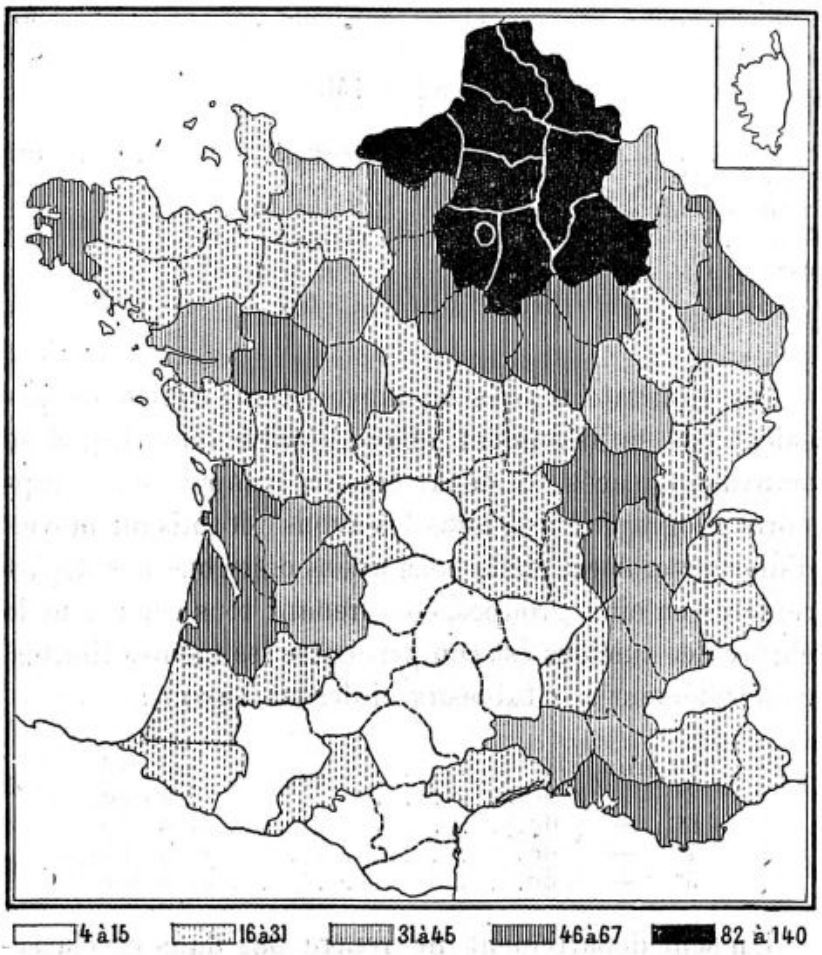
1er	groupe	de.	4 à 15
2e	—	de.	16 à 30
3e	—	de.	31 à 45
4e	—	de.	46 à 67
5e	—	de.	82 à 140

Un seul département ne rentre pas dans ce classement, celui de la Seine, qui fournit un chiffre moyen annuel de 632 suicides, mais il suffit d'en être averti. Pour exprimer les différences entre les groupes, nous avons doté chacun d'eux de teintes d'autant plus foncées qu'il occupait un rang plus élevé.

. . . . . .

©BIUM

CARTE I. — *Indiquant par département le nombre moyen annuel des suicides* (2 *sexes réunis.* — 1827 *à* 1880).



En second lieu, nous avons rapporté les nombres moyens annuels à 100,000 habitants. Cela nous a donné une nouvelle série de chiffres que nous consignons ci-dessous :

Nombre annuel de suicides pour 100,000 *habitants.*
(2 *sexes réunis.*)

De 0 à 5

Ariège.	1,95	Corse.	2,15
Aveyron.	2,05	Hautes-Pyrénées. .	2,47

©BIUM

Lozère	2,85	Manche	4,45
Haute-Loire	2,96	Corrèze	4,52
Cantal	3,22	Loire	4,52
Gers	3,63	Ardèche	4,53
Tarn	3,67	Ille-et-Vilaine	4,53
Lot	3,81	Basses-Pyrénées	4,54
Puy-de-Dôme	3,94	Vendée	4,74
Creuse	3,97	Aude	4,89
Haute-Garonne	4,01	Allier	4,99
Côtes-du-Nord	4,34	Pyrénées-Orientales	4,90

De 5 à 10

Tarn-et-Garonne	5,12	Jura	7,52
Mayenne	5,22	Doubs	7,64
Landes	5,37	Hautes-Alpes	7,85
Morbihan	5,48	Finistère	7,89
Haute-Savoie	5,51	Ain	7,99
Hérault	5,55	Deux-Sèvres	8,09
Lot-et-Garonne	5,65	Vienne	8,11
Loire-Inférieure	5,71	Gard	8,20
Orne	5,85	Vosges	8,24
Savoie	6,27	Calvados	8,29
Haute-Saône	6,40	Gironde	8,36
Nièvre	6,51	Saône-et-Loire	8,38
Indre	6,73	Sarthe	8,86
Cher	6,85	Maine-et-Loire	8,87
Isère	7, »	Haute-Marne	8,94
Dordogne	7,07	Nord	9,86
Haute-Vienne	7,35		

De 10 à 15

Charente	10,97	Vaucluse	12,39
Drôme	11, »	Meuse	13,20
Rhône	11,05	Basses-Alpes	13,38
Charente-Inférieure	11,15	Bouches-du-Rhône	13,97
Loir-et-Cher	11,54	Indre-et-Loire	13,98
Côte-d'Or	11,67	Somme	14,04
Ardennes	11,87	Yonne	14,32
Pas-de-Calais	11,91	Eure	14,52
Alpes-Maritimes	12,05	Var	15, »
Meurthe-et-Moselle	12,05		

De 15 à 20

Loiret	15,08	Aube	17,42
Eure-et-Loir	15,99	Aisne	19,10
Seine-Inférieure	16,81		

©BIUM

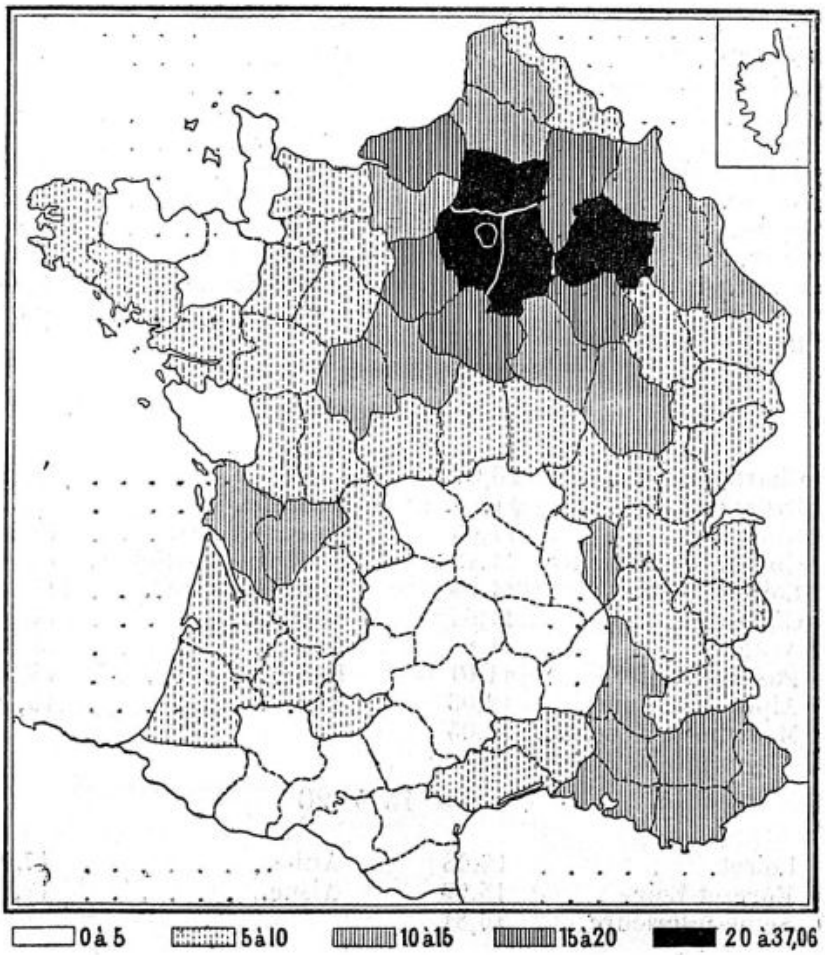
De 20 à 37,06

Marne	26,06	Seine-et-Oise	27,25
Seine-et-Marne	26,13	Seine	37,06
Oise	26,48		

Ces différents résultats ont été divisés en cinq groupes figurés dans la carte ci-dessous :

1er groupe de 0 à 5	3e de 10 à 15	5e de 20 à 37,06
2e groupe de 5 à 10	4e de 15 à 20	

CARTE II. — *Indiquant par département le nombre moyen annuel de suicides pour* 100,000 *habitants* (2 *sexes réunis*) *de* 1827 *à* 1880.



©BIUM

La comparaison de ces deux cartes nous montre les changements qui surviennent dans le premier classement (importance du nombre des suicides), lorsqu'on tient compte de la population.

Nous voyons, par exemple, le département du Nord qui fournit un chiffre moyen annuel de suicides très élevé et se trouve ainsi classé dans le 6e groupe, descendre au 2e groupe quand on tient compte du nombre de ses habitants. Inversement, le département des Hautes-Alpes, où l'on compte un nombre de suicides assez faible et qui occupe le 9e rang, remonte au 44e eu égard à sa population.

Mais, nous ne pouvons entrer dans une comparaison minutieuse à ce sujet, nous ne cherchons que des indications générales et c'est l'examen des cartes qui va nous les fournir.

Observons d'abord que sur la carte n° 1 (moyenne annuelle), le Nord, d'une part, et le Sud, joint au Centre, d'autre part, présentent un contraste marqué, et qu'entre ces deux termes extrêmes, les départements sont assez irrégulièrement répartis. La distribution par régions s'accuse bien plus nettement quand on tient compte de la population.

Nous voyons d'abord une tache noire s'étendant autour de Paris, dans les départements de l'Oise, de Seine-et-Oise, de Seine-et-Marne et gagnant le département de la Marne. Cette tache est entourée d'une couronne de teinte moins sombre dont on ne retrouve à peu près l'équivalent qu'en Provence et accidentellement dans les Charentes. Puis la tache centrale rayonne en affaiblissant encore sa teinte. La teinte la plus faible occupe sensiblement la moitié du territoire de la France. Tout le Midi et une portion du Centre, ne portant aucune teinte, est bordé d'une zone portant la teinte n° 1 formant transition avec la région nord.

©BIUM

Comme impression générale, on peut imaginer une première tache ayant son centre à Paris et commençant à s'étendre ; puis, une seconde, moins intense, partant de Marseille, et toutes deux, gagnant en étendue ce qu'elles perdent en intensité. Elles marchent l'une vers l'autre, à l'Est, et sont séparées par une région de forme à peu près triangulaire ayant pour sommet le département de l'Allier et pour base les Pyrénées.

La tache parisienne n'aurait pas encore gagné, d'une part, la Vendée, de l'autre, les départements de la Manche, d'Ille-et-Vilaine et des Côtes-du-Nord.

On n'attend pas de nous que nous essayions d'expliquer ces différences. Nous constatons le fait sans commentaires.

On sait que lors de la substitution du partage en départements à la division en provinces, le législateur s'était attaché à former des circonscriptions ayant la même densité de population (le même nombre d'habitants par kilomètre carré) ; mais, depuis cette époque, de grands changements sont survenus sous ce rapport et nous avions pensé qu'en tenant compte de ce nouvel élément, nous parviendrions à ouvrir quelques aperçus sur le mode de répartition des suicides par département, mais nos calculs à cet égard ont abouti à des résultats tellement incohérents que nous avons dû reconnaître que la condensation plus ou moins grande de la population n'exerçait pas une influence susceptible d'être exprimée, même approximativement, d'une manière assez simple pour être intelligible. Nous passons donc sous silence cet ordre de considérations.

Apprécions maintenant l'influence du sexe.

Les renseignements ne partent que de 1835.

Après avoir calculé pour chaque sexe, et dans chaque département, le nombre total des suicides pour 100,000 habitants, de 1835 à 1880, nous avons calculé

©BIUM

ensuite pour chacun d'eux le rapport des hommes aux femmes. Les départements ont été rangés dans l'ordre que donnent ces rapports. Par l'examen du tableau ci-dessous, on constate que la moitié de la France environ se trouve au-dessous de la moyenne générale qui est 3,454.

Il ne nous restait plus, pour terminer cette étude sommaire, qu'à nous rendre compte de l'évolution des suicides.

A cet effet, nous sommes partis de la situation telle qu'elle existait au début, de 1827 à 1831, et nous l'avons rapprochée et comparée avec la situation finale, de 1876 à 1880. Après avoir comparé ces deux résultats, nous avons pu constater qu'il y avait eu une augmentation très faible, dans le département de la Seine, la presqu'île bretonne, le midi pyrénéen et le Centre, la Vienne, les Hautes-Alpes et surtout la Corse. Cette augmentation est au contraire très marquée dans la région qui s'étend autour de Paris et moyenne partout ailleurs.

Enfin, si on calcule le rapport de la différence entre les suicides de 1880 et 1831, et ceux de l'année 1831, on constate que l'augmentation a surtout porté sur cinq départements qui sont : la Creuse, l'Allier, le Puy-de-Dôme, la Lozère et les Hautes-Pyrénées.

Les deux départements les plus populeux, et pour lesquels la densité de population est la plus grande, figurent parmi ceux où ce rapport est le plus faible. Il est d'ailleurs impossible de faire une classification par régions de quelque étendue.

On pouvait vaguement prévoir que cette étude donnerait peu de résultats bien nets. Les départements ne sont, en effet, que des subdivisions administratives et n'ont pas ce genre d'individualité qu'avaient nos anciennes provinces. Ils ont même été institués pour établir entre toutes les parties de la France une uniformité aussi

©BIUM

complète que possible, et le but a été si bien atteint qu'on ne trouve plus aujourd'hui de différence, qui se puisse formuler, entre des départements appartenant à des régions très éloignées.

La classification, extrêmement imparfaite, que nous proposons, à défaut d'autre, a l'inconvénient de ne correspondre à aucune de celles qui ont été tentées d'après d'autres considérations : départements vinicoles, manufacturiers, montagneux, maritimes, etc.; de sorte qu'il ne se dégage de notre travail aucune lumière, si faible qu'elle soit, tout rapprochement étant impossible avec d'autres phénomènes.

Nous ne croyons pas cependant qu'il ait été inutile ; d'abord, parce qu'il montre combien les renseignements statistiques sont encore insuffisants, ensuite parce qu'il met indirectement en évidence une des conséquences de notre unité nationale et montre ainsi la nécessité de faire porter les comparaisons sur des contrées présentant des différences bien tranchées, à quelque point de vue qu'on les considère, climat, nature du sol, situation, mœurs, degré d'aisance, religion, civilisation, etc.

De semblables travaux, qu'ils aient pour but le suicide ou tout autre phénomène, seraient d'une utilité inappréciable, en nous donnant une connaissance plus complète de nous-mêmes et des autres peuples ; ils faciliteraient ainsi les relations internationales et contribueraient au progrès de la civilisation générale.

©BIUM

DÉPARTEMENTS	NOMBRE TOTAL de suicides pour 100,000 hab. de 1835 à 1880. Hommes.	Femmes.	RAPPORT des hommes aux femmes.
Aube	27.25	10.78	2.52
Tarn-et-Garonne	8.62	3.37	2.55
Charente	13.64	5.17	2.64
Côtes-du-Nord	7.40	2.77	2.67
Loiret	23.99	8.74	2.74
Seine-et-Marne	42.07	15.34	2.74
Yonne	22.46	8.16	2.75
Indre	10.42	3.76	2.77
Eure	23.55	8.21	2.86
Somme	23.26	8.01	2.90
Mayenne	6.14	2.11	2.91
Cher	11.59	3.97	2.94
Seine	59.93	20.30	2.95
Pas-de-Calais	19.18	6.40	2.99
Oise	43.07	14.29	3.01
Basses-Pyrénées	7.98	2.64	3.02
Lot-et-Garonne	8.94	2.96	3.02
Eure-et-Loir	27.02	8.84	3.05
Loir-et-Cher	18.71	6.07	3.08
Deux-Sèvres	13.67	4.36	3.13
Indre-et-Loire	23.39	7.47	3.13
Marne	43.58	13.78	3.16
Vaucluse	19.88	6.27	3.17
Basses-Alpes	21.98	6.93	3.17
Creuse	6.72	2.09	3.21
Seine-Inférieure	28.28	8.72	3.24
Orne	10.25	3.15	3.25
Charente-Inférieure	18.35	5.61	3.27
Aisne	32.84	10.04	3.27
Gers	6.55	1.99	3.29
Dordogne	12.11	3.64	3.32
Haute-Vienne	12.75	3.84	3.32
Calvados	14.44	4.33	3.33
Ardennes	20.73	6.21	3.33
Cantal	5 12	1.52	3.36
Lot	6.99	2.06	3.39
Manche	7.84	2 31	3.39
Nièvre	10.98	3.15	3.48
Landes	9.41	2.68	3.51
Aveyron	3.59	1 02	3.52
Vienne	13.70	3.87	3·54
Seine-et-Oise	45.26	12.54	3.61
Tarn	6.17	1.71	3.61
Côte-d'Or	18.88	5.13	3.68
Allier	8.59	2.32	3.70
Sarthe	15.50	4.18	3.71
Hautes-Alpes	12.26	3.22	3.80
Var	24.85	6.21	3,81
Gironde	14.33	3.74	3.83
Gard	13.74	3.52	3.90

©BIUM

DÉPARTEMENTS	NOMBRE TOTAL de suicides pour 100.000 hab. de 1835 à 1880. Hommes.	Femmes.	RAPPORT des hommes aux femmes.
Aude	8.29	2.12	3.91
Lozère	5.66	1.44	3.92
Alpes-Maritimes	19.89	5.07	3.92
Ille-et-Vilaine	7.98	2 01	3.97
Corrèze	7.75	1.94	3.99
Haute-Saône	11.86	2.97	3.99
Corse	3.37	0.84	4.01
Haute-Garonne	6.83	1.67	4.08
Bouches-du-Rhône	23.99	5.79	4.14
Haute-Marne	15.78	3.81	4.14
Nord	17.02	4.09	4.16
Finistère	13.81	3.28	4.21
Rhône	20.14	4.74	4.24
Haute-Savoie	9.51	2.21	4.30
Jura	13.97	3.25	4.30
Drôme	19.27	4.45	4.33
Saône-et-Loire	15.17	3.46	4.38
Ain	14.72	3.34	4.41
Maine-et-Loire	16.03	3.49	4.59
Meuse	23.57	5.07	4.64
Isère	12.82	2.73	4.69
Morbihan	10.00	2.04	4.90
Hérault	10.04	2.03	4.94
Vosges	16.17	3.27	4.94
Ariège	3.90	0.78	5.00
Savoie	11.21	2.18	5.14
Ardèche	8.44	1.61	5.24
Loire	8.61	1.64	5.25
Doubs	14.63	2.75	5.32
Meurthe-et-Moselle	22.33	4.14	5.39
Puy-de-Dôme	7.32	1.35	5.42
Vendée	8.99	1.57	5.72
Loire-Inférieure	10.93	1.80	6.07
Hautes-Pyrénées	5.06	0.80	6.32
Pyrénées-Orientales	8.74	1.12	7.80
Haute-Loire	5.40	0.64	8.43

X

RÉSUMÉ

1° *Suicides en général.* — Tandis que la population n'augmente que de $\frac{1}{400}$ environ chaque année, le suicide augmente dans la proportion de $\frac{1}{20}$; le rapport du nombre

©BIUM

des suicides à celui des habitants est moyennement de 1 à 10,000.

2° *Influence du sexe.* — Les hommes se suicident dans la proportion de 3,454 pour une femme.

Marche ascensionnelle, irrégulière et non concordante, pour les deux sexes.

Le rapport de l'accroissement moyen annuel du nombre des suicides, au nombre qu'ils donnaient à l'origine, en 1835, est :

Hommes, 0,0415 ; femmes, 0,0381. Différence, 0,03. Il y a presque égalité.

3° *Influence de l'âge.* — Dans les études faites jusqu'ici, on n'a pas tenu compte de la manière dont la population se répartit entre les divers âges, d'où résultats incomplets et même erronés.

L'étude actuelle va de 1850 inclusivement à 1869 inclusivement.

Les courbes n'ont plus de chute correspondant à la vieillesse, elles s'élèvent au contraire très rapidement.

Comparaison entre les hommes et les femmes. — *Hommes.* — Ascension rapide jusqu'à 45 ans, arrêt de 45 à 55, puis ascension ininterrompue.

Femmes. — Ascension jusqu'à 18 ans, puis à partir de 75 presque aussi rapide que pour les hommes. Entre ces deux phases, ascension très lente de 18 à 35, plus rapide de 35 à 65, descente de 65 à 75.

Ce n'est donc qu'aux âges extrêmes que les femmes se suicident en grand nombre. La moyenne du rapport des hommes aux femmes correspond à 40 ans, son maximum correspond à la vieillesse, son minimum à l'adolescence (16 à 21).

L'accroissement dans le nombre des suicides est plus marqué dans les vieillards que dans les jeunes gens, chez les hommes que chez les femmes, sauf de 50 à 60 ans.

©BIUM

4° *Influence de l'état civil.* — Abstraction faite de l'âge, la situation la plus défavorable est celle de célibataire, pour les hommes comme pour les femmes; ensuite, celle de veuf sans enfant, puis celle de veuve sans enfant. Enfin, l'état où l'on a le moins de propension au suicide est celui d'homme marié avec enfants; les femmes mariées avec enfants viennent immédiatement après.

Le chiffre des suicides de 1863 à 1880 a augmenté de $\frac{1}{15}$, tandis que la population diminuait de $\frac{1}{17}$. L'augmentation des suicides 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, c'est le nombre des suicides d'hommes qui est le plus considérable, sauf pour la catégorie des personnes mariées avec enfants où ce sont les femmes qui l'emportent.

L'accroissement a porté surtout sur les hommes mariés sans enfants et sur les célibataires. Eu égard à la population, les veufs ont fourni le moins de suicides et les veuves moins encore. La tendance s'est accrue dans une forte proportion pour les célibataires, surtout hommes.

A partir de 1871, les célibataires femmes répugnent de moins en moins au suicide sans qu'on puisse l'expliquer par aucune raison.

5° *Influence de la profession.* — La profession qui fournit le moins de suicides est celle de commerçant, ensuite celle de domestique, puis l'agriculture, ensuite l'industrie qui représente la moyenne générale. Viennent ensuite les professions libérales.

Les professions les plus favorables aux femmes comparativement aux hommes sont celles de transport, crédit, etc., puis celles de commerçant, puis d'indus-

©BIUM

triels, enfin les professions libérales. L'agriculture, la domesticité et les gens sans aveu donnent un résultat défavorable aux femmes.

6° *Influence du domicile.* — Le nombre des suicides est, relativement à la population, beaucoup plus élevé dans les villes que dans les campagnes (presque doublé). Il s'accroît lentement et régulièrement dans les campagnes ; dans les villes, après avoir diminué jusqu'en 1870, il s'est accru d'une façon extrêmement rapide.

A partir de 1870, l'accroissement proportionnel moyen annuel, qui est de 0,125 à la ville, n'est que de 0,03 à la campagne, c'est-à-dire quatre fois moindre.

Le rapport entre le nombre des suicides d'hommes et ceux de femmes est dans la population rurale de vingt et un hommes pour six femmes, et, dans la population urbaine, de quatre hommes pour une femme.

Sous le rapport de l'accroissement, le rapport dans la population rurale est de 5 à 8, et dans la population urbaine de 1 à 2.

7° *Suicides d'après les moyens employés.* — La strangulation et la pendaison entrent pour 4/10 dans le nombre total des suicides, la submersion pour 3/10. Le poison est le procédé qui fait le moins de victimes $\frac{2}{100}$.

Il y a de très grandes différences entre les hommes et les femmes relativement à ces divers procédés, et le classement d'après le genre de suicides varie d'un sexe à l'autre. Cependant la submersion et la strangulation sont les procédés les plus employés dans les deux sexes, ensuite viennent pour les hommes les armes à feu et pour les femmes l'asphyxie par le charbon. Le procédé le moins employé par les hommes est le poison et ensuite la chute d'un lieu élevé, et pour les femmes ce sont les armes à feu et ensuite les instruments tranchants et aigus.

Il est à remarquer que parmi les hommes la strangu-

©BIUM

lation et la pendaison font sensiblement deux fois plus de victimes que la submersion, c'est le contraire pour les femmes.

Les procédés dont l'usage tend à s'accroître le plus sont, en première ligne, pour les deux sexes, la strangulation et la pendaison, ensuite la chute d'un lieu élevé.

Ceux qui tombent en désuétude sont, pour les deux sexes, les armes à feu et ensuite, mais pour les hommes seulement, le poison. Le suicide par asphyxie par le charbon et l'usage des instruments tranchants et aigus deviennent de plus en plus fréquents parmi les femmes.

8° *Influence des saisons.* — C'est, en général, dans les mois les plus chauds que les suicides sont les plus nombreux. Pour les femmes, la différence entre la saison chaude et la saison froide n'est pas aussi tranchée que pour les hommes.

Il y a de très grandes variations d'une année à l'autre; de plus, les points maximum et minimum, pour la même année, ne sont pas toujours les mêmes pour les deux sexes, et ne sont pas d'une constance rigoureuse.

L'augmentation dans le nombre des suicides porte surtout sur les mois chauds.

Influence des mois sur les suicides par ivrognerie (1836 à 1867). — Analogie entre la courbe des suicides en général et celle des suicides par ivrognerie.

L'accroissement du nombre des suicides de cette classe est à celui des suicides en général comme 4 est à 3.

Il ne porte pas sur les mêmes mois que celui des suicides en général.

Le mot ivrognerie est très mal choisi.

9° *Motifs présumés des suicides.* — Ce sont les maladies cérébrales qui fournissent le plus de suicides dans les deux sexes, mais surtout chez les femmes ; puis les

©BIUM

peines diverses, ensuite chez les hommes, les revers de fortune et chez les femmes, les chagrins de famille.

Les suicides les moins fréquents dans les deux sexes sont ceux consécutifs à un crime; puis, pour les femmes, l'ivrognerie et ensuite la misère; pour les hommes, l'amour, jalousie et débauche et ensuite l'ivrognerie.

L'ivrognerie tend à devenir la cause prépondérante du suicide, ensuite les maladies cérébrales, puis presque au même degré les chagrins de famille et les peines diverses. Un peu moins, les suicides après crime; la misère et surtout l'amour, jalousie, débauche, donnent de faibles accroissements.

En comparant les hommes aux femmes, on remarque que pour les uns et les autres, non seulement l'ivrognerie joue le rôle prépondérant, mais de plus il y a égalité dans l'accroissement.

L'influence des peines diverses et des chagrins de famille augmente plus rapidement chez les femmes que chez les hommes, bien plus encore le motif amour, jalousie, débauche qui agit de moins en moins chez les hommes. La misère reste stationnaire pour les femmes, mais augmente beaucoup pour les hommes. La même remarque s'applique aux suicides après crime.

©BIUM

Établissements d'aliénés.

DE L'EMPLOI
DES
MOYENS DE CONTRAINTE
DANS LE TRAITEMENT DES ALIÉNÉS
ÉTAT DE LA QUESTION EN ANGLETERRE

Par le Dr Victor PARANT

Convient-il d'employer les moyens de contrainte mécanique dans le traitement des aliénés?

Cette question est délicate à poser et à résoudre. De bons esprits sont divisés d'opinion à son sujet. C'est qu'en effet, dans un temps où nous tenons à honneur de traiter les aliénés d'une manière souverainement humaine, il semble y avoir quelque chose de contradictoire entre l'humanité et la contrainte. Mais cependant il ne faudrait pas se payer de mots, et, par le fait d'illusions déplorables, aller précisément à l'encontre du résultat que l'on veut obtenir.

Ce qui nous donne l'occasion d'aborder aujourd'hui cette matière, c'est la considération de ce qui se passe en Angleterre, où les idées sur l'application de la contrainte aux aliénés viennent de subir une révolution véritable; où la sanction légale vient de consacrer et de justifier un ordre de choses différent de celui qui,

©BIUM

dans ce pays, était prédominant depuis bien des années.

Le nom de Conolly est bien connu, ainsi que les principes de traitement des aliénés que ce nom représente. On sait comment Conolly a jadis entrepris une réforme, appelée système du *no-restraint*, qui consistait à proscrire absolument l'emploi des moyens de coercition mécanique dans les asiles d'aliénés.

Nommé en 1839 médecin en chef de l'asile d'Hanwell, qui, dès cette époque, était l'un des principaux d'Angleterre, Conolly y trouva en usage un nombre incroyable d'instruments de contrainte, menottes, entraves, chaises de force, etc.; il y en avait environ 600 pour une population de 800 malades, et les gardiens les appliquaient à leur gré.

Cet état de choses, cet abus le remplit d'indignation, lui parut à juste titre intolérable et il entreprit aussitôt d'y mettre fin par la réforme qui a illustré son nom. Le succès répondit à ses efforts au delà de ses espérances. En peu d'années, l'entraînement fut tel dans les asiles d'Angleterre qu'on en était venu à se faire un point d'honneur, à regarder comme une sorte de honte, d'employer aucun moyen de contrainte. L'initiative avait porté ses fruits jusque dans les pays étrangers, et, comme les idées n'y furent pas aussi exclusives qu'en Angleterre, la coercition mécanique, au lieu d'être la règle, tendit de plus en plus à devenir l'exception.

Conolly proscrivait-il d'une manière absolue l'emploi de tout moyen de contrainte? On le croit généralement, et c'est à cela que tendirent certainement tous ses efforts. Cependant il faut dire que ce n'est pas d'emblée qu'il supprima les instruments dont on se servait à Hanwell; il n'y arriva que d'une manière progressive, d'ailleurs assez rapide. D'un autre côté, nous voyons qu'un de ses amis et disciples, James Clarck,

©BIUM

qui a laissé de lui une biographie où il se fait le champion enthousiaste de ses idées, repousse l'application trop absolue du no-restraint. « Il ne faut point, dit James Clarck, admettre qu'il s'agit là d'une loi inflexible et absolue. Ce qu'il faut admettre, c'est que la contrainte ne doit être employée que dans les cas de nécessité évidente, après mûre réflexion (1). »

Quoi qu'il en soit, si Conolly fut ou non absolu dans son système, ses émules et ses continuateurs le furent certainement. Ils n'admettaient pas la moindre dérogation au principe et quiconque tendait à se soustraire à cet absolutisme ne le faisait qu'en se dissimulant.

Cependant, si juste que soit une idée, si bonne que soit une réforme, elle n'a de chances de subsister que si elle ne dépasse pas la mesure convenable. L'exagération n'a qu'un temps, et le moment vient tôt ou tard où elle est l'objet d'une réaction. Heureux encore si cette réaction ne franchit pas elle-même les bornes, et si elle ne fait pas perdre les fruits des progrès obtenus.

Or, c'est précisément une réaction de ce genre qui se produit parmi les aliénistes anglais.

En France, la situation n'a jamais été la même qu'en Angleterre. Les aliénistes français, malgré les efforts de Morel, qui avait adhéré complètement aux idées de Conolly, n'ont jamais été, dans l'ensemble, partisans du no-restraint absolu. Convaincus que la contrainte, modérément employée, présentait des avantages, ils ont toujours demandé par quoi on la remplacerait, et comme aucun des moyens proposés ne les satisfaisait, ils ont continué de croire que l'usage des moyens de coercition devait, en certains cas, faire partie intégrante du traitement des aliénés.

(1) James Clark. — *A memoir of John Conolly*, London, 1869, page 159.

©BIUM

Mais si, parmi les aliénistes français, tel est le courant général de l'opinion, il s'en faudrait peut-être de bien peu que le sentiment public, le sentiment de ceux qui ignorent les nécessités créées par les maladies mentales, n'entrât dans la voie d'absolutisme où nos confrères anglais ont été. Nous n'en voulons pour indice que ce procès sur lequel M. le Dr Constans a naguère appelé l'attention ; procès où les chefs d'un asile ont été poursuivis et condamnés pour avoir employé à l'égard d'un aliéné des moyens de contrainte soi-disant contraires à l'humanité (1). Assurément la contrainte, dans le cas dont il s'agit, avait été excessivement énergique ; assurément la manière dont elle avait été pratiquée n'est nullement à prendre pour exemple, et nul ne voudrait dire que le cas échéant il y aurait recours de la même sorte. Mais encore faut-il reconnaître qu'on était en présence d'un cas exceptionnel et que l'embarras de ceux qui avaient la responsabilité de l'aliéné en question était extrême. Toujours est-il que les considérations qui les ont fait condamner, peuvent être regardées comme l'expression du sentiment public. Et comme, du plus au moins, il n'y a souvent qu'un degré, la proscription qui semble vouloir s'établir contre un moyen de contrainte absolument exceptionnel, pourrait aisément chercher à s'étendre à des moyens d'un usage plus habituel et souvent indispensable. Dans ces conditions, il est bon que nous nous mettions à même de profiter de l'expérience d'autrui.

(1) Constans. — *De l'intervention de la magistrature dans l'appréciation des modes de traitement appliqué aux aliénés et de l'emploi des moyens de contrainte.* — Annales médico-psychologiques, 1887, VII, 6, page 5. — Dans le cas dont il s'agit, on se souvient qu'on avait contenu un malade à l'aide des entraves et des menottes en fer empruntées à un établissement pénitencier. Le malade avait jusque-là brisé tous les autres moyens de contrainte, et il était d'une violence extrême.

©BIUM

Or, les résultats de cette expérience sont tels que, malgré les récriminations violentes des disciples de Conolly, malgré l'influence énorme que ceux-ci avaient sur l'opinion, les aliénistes anglais ont dû enfin revenir à une pratique moins absolue du système du no-restraint, et que, comme pour les mettre à l'abri de toute réprobation intempestive, comme pour mieux sanctionner leur évolution, les pouvoirs publics ont, dans la loi nouvellement promulguée sur le régime des aliénés, introduit un chapitre qui, en le réglementant, autorise implicitement l'usage des moyens de contrainte.

Ce qui étonne, ce n'est pas que cette réaction se soit produite, c'est qu'elle ait tant tardé à se produire.

En réalité cependant, elle se préparait depuis un certain nombre d'années. Quelques médecins des asiles d'Angleterre se trouvaient, par la force des choses, amenés dans certains cas à employer la coercition mécanique; mais ils le faisaient sans oser appeler l'attention sur eux. Voyez notamment ce que l'un d'eux écrivait récemment. « Il m'est arrivé, disait-il, d'employer la contrainte pour un malade dont la violence était persistante et chez lequel tous les autres moyens avaient échoué. Il peut se présenter ainsi quelques cas où, après que les moyens raisonnables ont été tentés, il est nécessaire, à mon avis, dans l'intérêt des malades aussi bien que dans l'intérêt de ceux qui les entourent, aliénés ou gens sains d'esprit, de recourir à ce mode de traitement » (1).

Il s'est rencontré enfin un aliéniste qui, par sa haute position professionnelle, par sa grande autorité scientifique, se trouvant en mesure de le faire, a osé rompre en visière avec l'exclusivisme du no-restraint. Le

(1) J. A. Campbell, médecin-directeur de l'asile de Carlisle, *Considérations générales sur le traitement des aliénés.* Annales médico-psychologiques, 1889, VII, 9, page 400.

©BIUM

Dr Savage, l'éminent médecin de Bethlem, n'a pas craint de dire ouvertement que, dans son asile, il employait des moyens de contrainte. Il fut aussitôt pris violemment à partie par le Dr Bucknill, ancien inspecteur général, qui fut toujours l'un des apôtres les plus absolus des idées de Conolly. Quoi ! dans l'un des plus importants asiles d'Angleterre, dans un asile de la capitale, on faisait usage de la camisole, des gants de force, des entraves et d'autres instruments du même genre ! En un mois entier, il y avait eu jusqu'à dix-huit malades qui, sur une population de plusieurs centaines d'individus, étaient soumis à la contrainte ! Cela ne devait pas être toléré. Il s'ensuivit une polémique à laquelle le Dr Bucknill apporta une âpreté extrême, une vivacité incroyable. Il alla même, ce qu'on ne sait comment justifier, jusqu'à porter ses récriminations devant le public, qu'il semblait appeler à la rescousse, et publia dans le *Times* des attaques virulentes contre le Dr Savage. Mais alors il se produisit un incident tout à fait inattendu ; c'est que, contrairement aux errements de leurs prédécesseurs, les inspecteurs généraux du service des aliénés, les *commissionners in lunacy*, se rangèrent du côté du médecin de Bethlem, et les paroles qu'ils prononcèrent à cette occasion firent une sensation profonde. « Nous devons considérer, dirent-ils, que parmi les aliénés admis à l'asile de Bethlem un grand nombre sont atteints de maladies aiguës ; parmi eux, il y en a beaucoup qui ont besoin d'être contenus, et il vaut beaucoup mieux, au point de vue de l'humanité, qu'ils le soient par des moyens mécaniques, que par la force des gardiens. »

L'*Association médico-psychologique anglaise*, qui est formée de presque tous les médecins et directeurs des asiles du Royaume-Uni, ne pouvait se désintéresser d'un mouvement d'opinion aussi important. La question fut

©BIUM

posée devant elle, dans la session de novembre 1888, par le Dr Yellowlees, médecin-directeur de l'asile de Gartnavel, à Glasgow.

Dans le discours qu'il prononça à cette occasion, le Dr Yellowlees se demanda tout d'abord d'où provenait l'absolutisme de Conolly, de Bucknill et de leurs contemporains, dans l'application du no-restraint ; et comme corollaire il avait à examiner les raisons pour lesquelles la génération présente ne professe pas à cet égard des idées aussi absolues. Selon lui, cela tient à ce que les premiers ont vécu à l'époque où, malgré les bons effets des réformes de Pinel et William Tuke, les aliénés étaient encore soumis à la contrainte d'une manière extraordinairement exagérée. Ils ont été frappés avant tout des abus et des misères, des maux de toute sorte qui en étaient le résultat. Ils n'ont pas même songé à se demander si la coercition n'avait pas quelquefois des avantages. Ceux qui survivent n'ont rien oublié de ce qu'ils ont vu ; leurs impressions sont restées les mêmes. A l'exemple de Bucknill, ils sont tout prêts à recommencer contre la contrainte les luttes d'autrefois. Les inconvénients qu'ils ont trouvés dans l'application étroite de leur système ne leur ont pas dessillé les yeux, et la moindre concession leur semblerait presque un crime. Les autres, au contraire, tout en rendant justice aux bienfaits de la réforme opérée, se trouvant aux prises à chaque instant avec les difficultés que leur créait l'exclusivisme imposé, constataient en même temps l'inanité, voire même la nocuité des moyens qu'on avait adoptés pour remplacer la contrainte. De leurs embarras est venu leur esprit de réaction, point de départ de la situation présente.

Et, de fait, lorsqu'on examine les choses sans parti pris, lorsqu'on veut bien s'en rapporter à l'expérience, on a peine à comprendre comment les adversaires déclarés

©BIUM

de la contrainte pouvaient toujours y suppléer avec leurs moyens, dans des cas où ceux-ci sont manifestement impuissants, si même ils ne sont pas nuisibles.

Prenons, par exemple, les règles tracées par Bucknill, en ce qui concerne les aliénés violents et destructeurs. Selon lui, les malades dont la violence provient de l'irritabilité du système nerveux, d'une sorte d'hyperesthésie, seront aisément calmés à l'aide des narcotiques, des bains chauds, d'un régime convenablement approprié. Ceux qui sont violents, par excès de force nerveuse, se calmeront si on les fait promener rapidement entre deux gardiens. Ceux dont la violence est due à leurs idées délirantes, ceux qui sont portés au suicide ou à l'homicide, devront être calmés par de bonnes paroles et par des procédés bienveillants, en même temps qu'on agira sur eux par des médicaments convenables. Ceux qui sont violents ou destructeurs, par le fait d'une habitude acquise, devront être soumis à une sorte d'éducation nouvelle. Enfin, ceux qui sont méchants par nature devront être supportés avec une patience angélique et modifiés seulement par l'influence d'une bonté inépuisable.

Certes tout cela est fort bien, et part d'un bon naturel. Tous les moyens dont il s'agit sont, en eux-mêmes, excellents, et nous les employons d'une manière constante. Mais, dans la pratique, ils n'arrivent pas à parer à toutes les éventualités. Il y a bien des malades que ne peuvent apaiser et rendre meilleurs ni les bons procédés, ni les prévenances, ni les soins, non plus qu'aucun des agents narcotiques ou calmants dont dispose la thérapeutique. Il y en a beaucoup que la surveillance la plus attentive n'empêche pas de commettre des actes nuisibles. Enfin, l'emploi des narcotiques n'est pas toujours sans inconvénients ; il va quelquefois à l'encontre du résultat qu'on recherche, et compter alors sur lui c'est

©BIUM

s'exposer à aggraver le mal au lieu de l'atténuer.

L'inanité de ces moyens étant complète en certains cas, la contrainte mécanique seule pouvait y suppléer. Mais le système interdisait d'y avoir recours, et plutôt que de le faire on préférait s'exposer aux accidents les plus graves. « Je tiens de l'un des inspecteurs généraux d'Angleterre, rapporte le Dr Yellowlees, qu'ayant eu l'occasion de voir dans un asile un malade que deux gardiens maintenaient constamment étendu à terre, en lui tenant les mains, pour l'empêcher de s'arracher les yeux, il avait cru devoir faire quelques observations au directeur de l'asile, lui exprimant l'avis qu'il serait meilleur et plus sage de lier les mains du malade. Le directeur répliqua qu'il n'avait jamais fait usage d'aucun moyen de contrainte, et qu'il n'en ferait jamais usage. Il en résulta qu'en dépit de la contention et de la surveillance, le malade vint à bout de réaliser son projet et qu'il se creva les deux yeux. »

Ici, les conséquences de l'exclusivisme étaient graves ; et l'on pourrait soutenir que le directeur en question était coupable de n'avoir pas agi autrement.

En d'autres circonstances, le même exclusivisme amenait à des pratiques vraiment absurdes. Ainsi, par exemple, ne voulant pas qu'on pût dire qu'un malade avait été enfermé à clef dans une cellule, on mettait devant la porte un gardien qui devait empêcher de l'ouvrir. Il arrivait encore que ne voulant pas qu'on pût être accusé d'avoir employé des moyens de contrainte, on préférait faire contenir dans leur lit, par des gardiens, les malades que l'agitation empêchait d'y rester.

Ce sont assurément des faits de ce genre, dont il serait aisé de multiplier les exemples, qui ont donné naissance à la réaction actuelle, et qui font qu'aujourd'hui la plupart des aliénistes anglais se montrent dis-

©BIUM

posés, pour les nécessités urgentes, à recourir à la contrainte.

Dans le débat qu'il avait ouvert devant l'Association médico-psychologique, le Dr Yellowlees se donna comme partisan d'une application modérée et judicieuse des moyens de coercition. Son initiative donna l'occasion à presque tous ceux qui étaient présents d'abonder dans son sens. Il y avait là des hommes dont le nom est hautement considéré, Ireland, Geo. Robertson, Urquhart, Howden, et notamment le président de la session, Clouston.

Comme nous l'avons dit, la nouvelle loi sur le régime des aliénés en Angleterre, récemment promulguée, et qui doit entrer en vigueur à partir du mois de mai prochain, a donné aux tendances nouvelles une sanction définitive, puisque dans un chapitre spécial (section 45) elle règle l'emploi des moyens mécaniques de coercition dans les asiles.

L'article 1er de ce chapitre est ainsi conçu :

« Les moyens mécaniques de contrainte corporelle ne doivent être appliqués que pour faciliter le traitement chirurgical ou médical, et pour empêcher l'aliéné de nuire à soi-même ou à autrui. »

Un autre article laisse au comité supérieur des inspecteurs généraux le soin de déterminer quels instruments de coercition pourront être mis en usage.

Ainsi, de par la loi, lorsque les nécessités le commanderont, lorsque les besoins du traitement l'exigeront, ou qu'il faudra empêcher que l'aliéné ne soit nuisible, le médecin sera justifié d'employer des moyens de contrainte.

Ainsi prend fin la proscription absolue que les disciples de Conolly, en dépit des nécessités urgentes, prétendaient maintenir au sujet de la contrainte. Les nécessités ont été plus fortes qu'eux, plus fortes que

©BIUM

leurs idées, et l'expérience a montré que là, comme en toute chose, l'exclusivisme est une mauvaise règle de conduite.

Reste à voir quelles sont les conditions dans lesquelles il est plausible d'employer les moyens dont il s'agit.

On doit d'abord poser en principe que leur emploi n'est nullement légitime quand il ne vise qu'à enlever le souci de la surveillance des malades. Quiconque, dans un asile, soumettrait l'aliéné à la contrainte uniquement pour n'avoir plus à subir ses importunités, ou pour n'avoir plus à s'occuper de lui, serait répréhensible. De même celui-là serait blâmable à un haut degré qui infligerait la contrainte à l'aliéné comme une sorte de punition.

Une règle d'une haute importance a été établie en France par l'article 105 du règlement intérieur des asiles d'aliénés ; elle consiste en ce que jamais aucun moyen de contrainte ne doit être appliqué sans l'ordre ou l'autorisation formelle du médecin traitant.

Suivant nos confrères d'Angleterre, il y aurait quatre cas principaux où l'emploi de la contrainte est utile et même souvent nécessaire :

1° *Pour les malades qui ont de fortes tendances au suicide.* Ces malades, en effet, sont extraordinairement habiles à déjouer la surveillance et trompent l'attention des gardiens les plus consciencieux et les plus expérimentés. Leurs tentatives sont incessantes et se répètent de mille manières ; c'est au moment où on s'y attend le moins, où l'on croit avoir le moins à se défier d'eux, qu'ils mettent leurs projets à exécution. Une de nos malades était obsédée par l'idée de suicide. Nous l'avions confiée à une surveillante qui ne la quittait pas un instant et sur la vigilance de laquelle nous étions certain de pouvoir compter. Un jour, pendant que nous parlions à cette surveillante, en tournant le dos à la

©BIUM

malade qui était à deux pas de nous, celle-ci chercha à s'étrangler avec son mouchoir ; elle l'avait fait en évitant si bien le moindre bruit que ni la surveillante ni nous n'avions rien entendu. Jusqu'alors nous avions hésité à faire mettre à cette malade des manchettes de force, parce qu'elle avait encore beaucoup de lucidité relative; nous n'hésitâmes plus à partir de ce moment, et pendant près de quinze jours, elle fut privée de l'usage de ses mains. Elle y gagna deux choses, c'est que la surveillante put lui laisser une plus grande liberté d'aller et venir, toutefois sans la perdre de vue; c'est encore que ne pouvant plus faire de tentative, elle commença à perdre l'idée d'en faire et qu'elle arriva à une amélioration sérieuse. Qui ne connaît l'histoire d'un certain malade confié à Brierre de Boismont; il avait des idées de suicide et on le surveillait de très près. Pour éviter l'emploi de la contrainte, on lui avait donné deux gardiens qui ne le quittaient pas. Un soir, dans son lit, ses gardiens près de lui, il trouva moyen de s'étrangler. N'eût-il pas mieux valu qu'il fût privé de la liberté de ses mains? La contrainte, dans les cas de ce genre, doit être imposée jour et nuit, car c'est souvent la nuit, dans leur lit, que les aliénés cherchent à réaliser leurs idées de suicide.

2° *Pour des malades qui sont extrêmement agités ou violents.* A l'égard de ces malades, la contrainte peut s'exercer de deux manières différentes, soit qu'on les soumette aux moyens de coercition mécanique, soit qu'on les isole complètement dans un local approprié. Si dans ce local, ils ont la facilité de sortir au grand air, d'aller et venir librement dans une cour, et de se mettre à l'abri quand il le faut, rien de mieux. Mais cela n'est pratique que pour des malades qui ne sont guère agités, qui ne cherchent guère à se nuire à eux-mêmes, et qui sont surtout violents contre autrui. Nous avons ainsi, depuis

©BIUM

près de deux ans, un malade dont personne ne peut s'approcher sans qu'il cherche à frapper ou à mordre ; les domestiques qui sont chargés de lui doivent être au moins trois pour l'aborder, pour le faire manger, pour le coucher ; cet homme est une véritable brute. De temps à autre, nous essayons de le mettre dans la société d'autres malades ; mais cet essai n'a jamais encore pu réussir. Nous le laissons donc dans son isolement absolu ; il y est tranquille, et paraît n'en pas souffrir du tout.

La même pratique n'est pas aussi aisément applicable à certains agités, qui sont portés à toutes sortes d'actes nuisibles, aussi bien contre eux-mêmes que contre ce qui est à leur portée, et qui, dans leur agitation, se blesseraient aisément. On a disposé pour ces agités des cellules de force, les unes capitonnées, les autres simplement lambrissées. C'est à ces dernières que nous donnons la préférence, parce qu'elles sont plus faciles à tenir propres. Dans certains asiles, les malades restent quelquefois renfermés plusieurs jours de suite. On les y laisse les mains libres ; rien ne les empêche alors de se souiller de mille manières. Mais alors, quels que soient les soins de propreté qu'on prenne, si bien aérée que soit la cellule, on ne peut éviter que bientôt elle ne sente très mauvais ; elle devient un véritable foyer d'infection pour le malade ; à notre avis, il vaut bien mieux, en mettant à ces agités une camisole de force, se donner la faciliter de les laisser sortir au grand air et y dépenser leur activité. Cela leur est plus profitable de toutes manières, empêche leur santé physique de se détériorer comme elle a trop de tendance à le faire, et contribue largement à hâter le retour du calme. Le Dr Yellowlees rapporte l'histoire d'un malade qui se croyait Dieu et qui s'indignait de voir qu'autour de lui on doutât de sa divinité. Cela le rendait furieux et le portait à la violence. Ayant à choisir à son sujet entre la réclusion en

©BIUM

cellule ou l'emploi d'une camisole de force, le Dr Yellowlees recourut de préférence à ce dernier moyen. Le résultat fut des plus satisfaisants. Le malade se mit à oublier sa divinité ; sa violence s'atténua et il devint enfin aussi sociable que la plupart des autres malades.

3° *Pour les aliénés qui sont trop destructeurs.* C'est le propre des aliénés en général de détériorer et de détruire ce qu'ils ont à leur disposition. Tous en ont plus ou moins la tendance, et, dans la pratique, il faut en prendre son parti. Si l'on devait soumettre à la contrainte tous ceux qui détruisent, on devrait l'appliquer souvent à la moitié des habitants d'un asile. Mais cependant il y en a quelques-uns chez qui le besoin de destruction va véritablement au delà de toutes bornes ; tout y passe ; leurs vêtements sont continuellement en loques ; ils brisent tout, ne respectant pas plus ce qui est à eux que ce qui appartient à autrui. On en trouve qui s'abandonnent avec une certaine satisfaction à leurs penchants de destruction et qui y mettent évidemment une intention méchante. Ces malades se trouvent bien d'être soumis à la contrainte. Sans parler des avantages matériels qui en résultent pour eux et pour leur entourage, on les voit, lorsqu'ils n'ont plus la même facilité de détruire, oublier de le faire et s'améliorer ainsi d'une manière réelle.

4° *Pour des malades qui, même sans être très agités, ont besoin d'être contenus dans leur lit.* Les uns ne dormiraient pas si on ne les tenait fixés dans leur lit ; les autres, libres de leurs mouvements, pourraient se faire du mal. Du moment où le malade n'est point empêché par la contrainte d'être bien posé dans son lit, qu'il n'est point sensiblement gêné, ne vaut-il pas mieux l'attacher que de le laisser se blesser? Il y a sans doute bien des cas où un narcotique donne un résultat équivalent. Mais il faut considérer cependant que certains malades

©BIUM

refusent de prendre les médicaments qu'on leur offre, et que d'autres éprouvent d'une manière nuisible l'influence des narcotiques. A notre avis, il vaut même mieux, dans les cas où le sommeil artificiel n'aurait aucun inconvénient, mais où les malades, par le seul fait d'être attachés dans leur lit, dormiraient aisément, leur appliquer les moyens de contrainte. D'ailleurs il suffit alors que ces liens aient une grande laxité, et le malade est contenu plus en apparence qu'en réalité. Quant à ceux qui cherchent à se blesser, la contention leur est indispensable. Le Dr Turnbull parle d'une malade qui, chaque nuit, cherchait à s'introduire profondément la main dans le vagin pour s'arracher les organes et qui s'était ainsi grièvement blessée. Pendant trois mois, pour lui faire perdre cette tendance, on lui mit pendant la nuit une camisole de force.

A ces diverses catégories, nous croyons qu'il convient d'en ajouter une autre, où l'usage des moyens de contrainte est utile; c'est,

5° *Pour des malades qui ont une propension invincible à se livrer à l'onanisme.* Certains de ceux-là sont susceptibles de guérison, et les excès auxquels ils se livrent contribuent parfois à les rendre incurables. Nous pensons qu'il est préférable pour eux, tant que cela est utile, qu'ils soient privés de la liberté de leurs mains.

Il y aurait sans doute d'autres cas à relever où il serait à propos d'appliquer aux aliénés les moyens de coercition mécanique. Comme il ne s'agit pas ici d'en faire une étude approfondie, nous nous bornons à indiquer les principaux. Du reste, ce que nous avions principalement en vue, c'était de montrer que l'application trop absolue des principes du non-restraint est une erreur véritable. L'exemple de ce qui s'est passé en Angleterre le prouve surabondamment. Dans aucun

©BIUM

pays la contrainte n'a été plus formellement et plus complètement proscrite. Le no-restraint y était regardé comme un dogme. Les nécessités du traitement des aliénés ont battu le dogme en brèche, et forcé de revenir à des moyens dont l'emploi, pour le plus grand bien des malades, est quelquefois indispensable.

Nous demandons instamment qu'on ne se méprenne pas sur notre pensée ; nous ne sommes nullement d'avis qu'il faudrait revenir au temps où les moyens de contrainte étaient employés en grand nombre. Il faut au contraire les employer aussi peu que possible, et s'estimer heureux quand aucune nécessité n'oblige d'y avoir recours. Dans un asile quelconque, il se passera bien des semaines sans qu'aucun malade ait besoin d'être contenu ; puis il surviendra inopinément plusieurs cas où la contrainte sera simultanément indiquée. La proscrire absolument c'est donc se priver d'un moyen précieux de traitement, et lorsqu'elle est judicieusement appliquée, elle n'a rien d'inhumain ni de barbare. Elle est réellement préférable à toutes les pratiques qu'on a voulu lui substituer. Du reste, il en est d'elle comme de toutes choses ; c'est l'abus seul qui est nuisible, qui seul est répréhensible. Espérons que l'espèce de petite révolution qui vient de s'opérer à son sujet en Angleterre se tiendra dans les sages limites où elle s'est accomplie. La réforme de Conolly n'en aura que plus de valeur, puisqu'elle aura abouti uniquement à supprimer les abus. Les aliénistes de tous les pays auront été ainsi mis à même de profiter, pour le plus grand bien des aliénés, de l'expérience acquise par les aliénistes d'Angleterre.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 30 DÉCEMBRE 1889.

Présidence de M. FALRET.

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

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres d'excuses de MM. Christian et Ritti empêchés d'assister à la séance.

2° Une lettre du ministre de l'Instruction publique, au sujet de l'échange des publications entre sociétés savantes.

La correspondance imprimée comprend :

1° Le dernier numéro des *Annales médico-chirurgicales.*

2° Le *Bulletin du manicôme* de Fleurent.

3° La *Revue d'hypnotisme.*

M. LE PRÉSIDENT félicite, au nom de tous ses collègues, M. Meuriot de sa nomination de chevalier de la Légion d'honneur.

M. MEURIOT remercie chaleureusement la Société de la sympathie qu'elle lui témoigne.

M. LE PRÉSIDENT fait part à la Société de la mort de M. Brusque, médecin-adjoint de l'asile de Vaucluse.

Élection du Bureau de 1890.

Il est procédé au scrutin pour la nomination d'un vice-président :

M. BOUCHEREAU est élu à l'unanimité.

Sont maintenus par acclamations M. RITTI, secré-

©BIUM

taire 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 FALRET.

Le Comité de publication est composé de MM. BALLET, BRIAND et DAGONET.

Troubles nerveux observés dans l'épidémie de grippe.

M. AUG. VOISIN signale dans l'épidémie de grippe actuelle la fréquence d'accidents nerveux et particulièrement de la syncope et appelle l'attention de ses collègues sur cette particularité clinique.

MM. BRIAND et LEGRAIN ont eu à constater les mêmes accidents.

M. BALLET a observé également des lypothymies au début de la grippe, mais il est plutôt disposé à voir là une conséquence d'une débilitation préexistante qu'une forme véritablement syncopale de la grippe.

La séance est levée à six heures.

PAUL GARNIER.

SÉANCE DU 27 JANVIER 1890.

Présidence de MM. FALRET et BOUCHEREAU.

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

Installation du bureau.

M. FALRET. — Messieurs et chers collègues, en quittant ce fauteuil, je dois d'abord vous remercier du grand honneur que vous m'avez fait en m'appelant, pour la seconde fois, à la présidence de cette So-

©BIUM

ciété, à laquelle j'ai consacré tous mes efforts depuis de longues années, honneur qui m'a été surtout sensible à l'occasion du Congrès international de médecine mentale, qui a eu lieu en 1889. C'est pour moi la plus belle récompense que vous pouviez m'accorder et je vous en serai toujours infiniment reconnaissant.

Je me trouve placé, Messieurs, par mon âge et par ma position particulière, dans une situation vraiment exceptionnelle, aux confins, en quelque sorte, de deux époques distinctes, et cette position personnelle me permet, plus qu'à tout autre, de jeter un coup d'œil d'ensemble sur l'existence de notre Société, depuis sa fondation jusqu'à nos jours, sur son passé, son présent et son avenir.

Fondée en 1848, par la réunion de nos maîtres en aliénation mentale, parmi lesquels nous citerons principalement Ferrus, Baillarger, Cerise, Moreau (de Tours), Brierre de Boismont, Buchez, Peisse, Dechambre, etc., elle a été douée, dès sa naissance, d'une vitalité qui ne s'est pas démentie un seul instant, depuis quarante ans. Reposant d'abord sur la double base de la philosophie et de la médecine, et réunissant sur un terrain commun la physiologie et la pathologie du système nerveux, elle s'est peu à peu éloignée, par la force des choses et par les tendances spéciales des membres qui la composaient, de son point de départ. Négligeant, de plus en plus, les questions physiologiques ou psychologiques, elle s'est transformée, petit à petit, en une véritable société de médecine mentale, dans laquelle le côté pathologique a successivement absorbé le côté philosophique. Est-ce un bien, est-ce un mal? C'est une question que je n'ai pas à décider ici, mais la transformation lente et successive de l'esprit général et des tendances de notre Société est un fait indiscutable qui ne peut pas être contesté.

Depuis son origine jusqu'à nos jours, la Société médico-psychologique a vécu d'une vie extrêmement active. Elle a rempli complètement sa mission et a répondu aux vœux et aux espérances de ses fondateurs.

Les questions les plus importantes et les plus controversées de la médecine mentale ont fait successivement l'objet de nos délibérations et ont donné lieu à des discussions sérieuses et prolongées, dont les résultats ont

©BIUM

été réellement utiles à la science. Pour s'en convaincre, il suffit de parcourir ses procès-verbaux, insérés dans les *Annales médico-psychologiques*, depuis quarante ans. Ils témoignent de l'immense travail accompli par notre Société pendant cette longue période de son existence : Névroses extraordinaires ; Théories des hallucinations ; Etudes sur la monomanie, au point de vue clinique et médico-légal ; Responsabilité totale ou partielle des aliénés ; Divers modes de l'Assistance publique applicables aux aliénés ; Paralysie générale ; Folie raisonnante et Folie avec conscience, tels sont les sujets principaux qui ont occupé notre Société pendant de longues années et dont le compte-rendu, qu'entreprendra un jour notre zélé secrétaire général, le Dr Ritti, pourra rendre un véritable service à la science, en vulgarisant et en résumant les idées fécondes et durables déposées, d'année en année, dans les procès-verbaux de notre Société.

Aujourd'hui, Messieurs et chers collègues, notre Société entre réellement dans une phase nouvelle. Sans rompre absolument avec le passé, elle prépare les voies de l'avenir. Des vides nombreux se sont produits en très peu d'années parmi nous et la Société se trouve ainsi presque entièrement renouvelée. Sans parler de tous nos anciens maîtres qui ont disparu : Ferrus, Parchappe, Buchez, Falret, Voisin, Moreau (de Tours), Brierre de Boismont, Morel, etc., nous avons eu à déplorer, depuis quelques années, la mort prématurée de plusieurs de nos collègues plus jeunes, tels que Lunier, Lasègue, Billod, Legrand du Saulle, Foville, Cotard, etc., et ces vides successifs ont été comblés par la nomination d'un grand nombre de jeunes collègues, qui apportent dans notre Société un sang nouveau, de nouvelles tendances et qui peuvent en changer complètement l'esprit et le caractère. Nous assistons, Messieurs, à une période de rénovation et de transformation de notre Société, qui correspond du reste à l'évolution qui se produit parallèlement dans notre science spéciale, ainsi que j'ai eu déjà l'occasion de le signaler, dans mon discours d'ouverture au Congrès de médecine mentale.

Souhaitons la bienvenue, Messieurs, à tous ces jeunes travailleurs, que nous avons associés, depuis quelques années, à nos travaux et, pleins d'espérance dans l'ave-

©BIUM

nir, formons des vœux, qui, nous n'en doutons pas, se réaliseront, pour que les nouveaux venus sur le terrain de notre science spéciale se montrent dignes de leurs devanciers, et assurent à notre Société un avenir à la hauteur de son passé. Dans ce but, Messieurs et chers collègues, réunissons-nous tous pour cultiver en commun le champ si vaste de notre spécialité. Oublions les divisions personnelles qui peuvent exister parmi nous, pour ne songer qu'aux aspirations communes et aux progrès de la science. Egalement éloignés de l'observation pure et simple des faits particuliers et des généralisations trop hâtives et prématurées, préparons en commun les éléments du travail d'ensemble qui sera entrepris plus tard par un esprit puissant et généralisateur, qui coordonnera tous ces éléments en un système général, pouvant être accepté par tous et répondant à nos aspirations actuelles, qui ne sont encore qu'à l'état d'ébauche.

L'année 1889, Messieurs et chers collègues, n'a pas été, pour notre Société, inférieure à ses devancières. Indépendamment des communications variées qui nous ont été faites sur divers sujets, en particulier sur l'action des agents toxiques ou médicamenteux, tels que le sulfonal, la cocaïne, l'oxyde de carbone, etc., et sur l'hypnotisme, nous avons eu une discussion importante sur la classification des maladies mentales, à laquelle ont pris part MM. Garnier, Dagonet, A. Voisin, Luys, etc.. Cette discussion, malheureusement, n'a pas abouti dans notre Société à une conclusion définitive, mais elle a eu son complément dans le Congrès de médecine mentale, comme je le dirai tout à l'heure. Ce Congrès de médecine mentale, qui a eu lieu à Paris du 5 au 10 août 1889, a été l'œuvre de la Société médico-psychologique et de son zélé secrétaire général, le Dr Ritti, et nous devons tous nous en féliciter; car il a réussi au delà de toutes nos espérances. Il a égalé en importance celui qui l'avait précédé en 1878. Non seulement il a réuni des collègues éminents de tous les pays, qui ont répondu en grand nombre à notre appel, qui ont contribué à son succès et à son éclat, et avec lesquels nous avons entretenu les rapports les plus sympathiques et les plus cordiaux, mais toutes ses séances ont été remplies par

©BIUM

les communications les plus intéressantes, sur les sujets les plus variés de notre spécialité, communications qui gagneront encore à être mieux connues, quand sera publié le volume des procès-verbaux du Congrès, auquel notre excellent secrétaire général va actuellement consacrer tous ses soins et qui paraîtra dans le courant de cette année.

Je n'ai pas, Messieurs, à refaire ici le compte rendu des travaux du Congrès, qui nous a été présenté si complètement, dans l'une de nos dernières séances, par notre secrétaire général, M. Ritti. Je dois seulement constater que cette réunion internationale n'a pas eu seulement pour résultat d'établir d'excellentes relations confraternelles entre nous et nos collègues étrangers, mais nous a permis d'émettre des vœux importants sur la classification des maladies mentales, sur le système pénitentiaire, sur les lois à édicter relativement aux alcooliques, sur les rapports de la syphilis et de la paralysie générale, sur les sociétés de patronage pour les aliénés convalescents et sur la séquestration perpétuelle des aliénés dangereux, vœux qui, nous l'espérons, ne seront pas stériles et pourront être suivis d'effet, dans un temps plus ou moins rapproché.

L'année 1889 s'est terminée pour nous par quelques communications intéressantes sur le morphinisme et enfin par le commencement d'une discussion sur la mélancolie et ses diverses variétés, qui, nous l'espérons, va se continuer pendant l'année qui commence. Après les discussions précédentes sur les folies héréditaires et le délire chronique de persécution, elle pourra contribuer à éclairer un des points, à mon avis, les plus intéressants et les plus difficiles à élucider de la pathologie mentale.

Pour terminer ce discours d'inauguration, il me resterait, Messieurs, à vous dire quelques mots des membres de la Société que nous avons perdus pendant l'année 1889 et des nouveaux élus que nous avons admis parmi nous ; mais, pour les membres décédés, ils ont été l'objet d'une mention particulière, à chacune des séances de notre Société. Je ne puis que vous rappeler ici la perte bien cruelle que nous avons faite, et moi en particulier, dans la personne de mon excellent collègue et ami,

©BIUM

le Dr Cotard, enlevé si prématurément, et dans des circonstances si douloureuses, à notre affection, et dont la mort est un deuil irréparable, non seulement pour ses amis, mais aussi pour la science. Quant à nos nouveaux collègues, admis récemment parmi nous, je leur souhaite à tous, en notre nom commun, la bienvenue, et les encourage à nous apporter tous successivement leur appoint dans le travail commun auquel nous nous livrons pour l'avancement d'une science à laquelle nous avons voué notre existence tout entière.

En vous remerciant de nouveau de l'honneur que vous m'avez fait, il ne me reste plus, Messieurs, qu'à installer le nouveau bureau de l'année 1890 et à céder le fauteuil à mon ami, M. le professeur Ball, qu'une indisposition passagère empêche aujourd'hui d'assister à la séance, mais qui m'a chargé de vous présenter ses excuses, et à notre excellent collègue, le Dr Bouchereau, que nous sommes tous heureux de voir enfin arriver à la présidence, où sa place était marquée depuis longtemps et qu'il remplira si dignement. Je féliciterai également les autres membres du bureau, notre excellent et si actif secrétaire général, le Dr Ritti, nos deux secrétaires particuliers, MM. Garnier et Charpentier, qui s'acquittent si consciencieusement de leurs fonctions, et notre trésorier modèle, le Dr Auguste Voisin.

M. Bouchereau, *vice-président*. — Messieurs et chers confrères, appelé à présider la première séance de notre Société par suite d'une indisposition passagère de M. Ball, qui ne présente heureusement aucune gravité, je suis heureux de vous en donner l'assurance, je tiens tout d'abord à vous remercier du fond du cœur de l'honneur que vous m'avez fait, en m'accordant vos suffrages pour la vice-présidence. Aujourd'hui, je dois me borner à vous exprimer toute ma reconnaissance, et je vous prie de vouloir bien attendre quelques semaines encore le discours de M. Ball ; comme nous connaissons tous son savoir et son éloquence, je suis certain que nous éprouverons un plaisir réel en l'entendant développer devant nous ses considérations personnelles sur l'enseignement de l'aliénation mentale et les diverses doctrines qui constituent l'histoire d'une science que tous vous honorez par vos travaux.

©BIUM

Messieurs, avant de finir, un devoir bien doux me reste à accomplir, c'est de remercier en votre nom M. Falret, mon ami, de la façon dont il a dirigé nos séances durant l'année 1889 et le congrès international de médecine mentale : M. Falret s'est acquitté de cette tâche difficile à la satisfaction de tous, ainsi que nos confrères étrangers l'ont témoigné en termes très délicats ; ce souvenir si doux pour M. Falret a de quoi réjouir notre patriotisme ; tous, nous sommes fiers de son succès ; il se montre le digne héritier d'un père dont le souvenir est conservé parmi nous : leurs écrits à tous deux ont une haute valeur ; ils devront être toujours consultés. Messieurs, poursuivons l'ordre régulier de nos travaux, c'est le meilleur moyen de servir la science.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Ball, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

2° Une lettre de M. le sénateur Th. Roussel, remerciant la Société de l'avoir nommé membre titulaire ;

3° Des lettres de remerciements de MM. Clark Bell, Bourque, Dektereff, Duquet, Hadjès, Korsakoff, Laehr, Salgò, Souza Leite, Sweens et Vallée, nommés membres associés étrangers.

4° Une lettre de M. Julio de Mattos, médecin de l'asile d'aliénés de Conde de Ferreira (Portugal), sollicitant le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Bouchereau, Ritti et Saury, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Assistance et patronage des aliénés; colonies agricoles; inspecteurs régionaux*, par le Dr Baume ;

2° *L'hydrothérapie dans les maladies mentales*, par le Dr J. Morel, de Gand. — M. Legrain est chargé de faire sur ce travail un rapport qui pourra être l'occasion d'une discussion général au sein de la Société.

3° De la part de M. Biante : *Rapport sur le service médical du quartier d'aliénés de l'hospice général de Nantes pendant l'année 1888* et *Maladies mentales des vieillards et leur influence sur la capacité pour donner et tester* (articles de l'*Echo médical* de Toulouse).

©BIUM

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne communication des statuts et programme du dixième congrès médical international, qui se tiendra à Berlin du 4 au 9 août 1890.

Mémoires envoyés pour les prix à décerner en 1890.

M. RITTI énumère les mémoires envoyés à la Société pour les prix à décerner dans la séance solennelle du mois d'avril 1890.

PRIX AUBANEL. — 2,400 francs. — Question : *Des difficultés du diagnostic différentiel de la paralysie générale avec les diverses formes de folie.*

Un seul mémoire, ayant pour épigraphe la phrase suivante de Lasègue : « On établit sans effort de diagnostic différentiel entre la paralysie générale et d'autres affections cérébrales qui n'ont rien de commun avec elle; on néglige, parce qu'on les connaît mal, toutes celles qui sous certains aspects se rapprochent de la paralysie générale. »

PRIX BELHOMME. — 1,000 francs. — Question : *De l'état mental et du délire chez les idiots et les imbéciles.*

Un seul mémoire, avec l'épigraphe suivante : « Qui pourrait signaler et décrire toutes les nuances de dégradation qui séparent l'homme qui pense de l'idiot qui n'a pas même d'instinct. » (Esquirol.)

PRIX ESQUIROL. — 200 francs, plus les œuvres d'Esquirol. Deux mémoires ont été envoyés :

N° 1. — Des ictus congestifs dans le cours de la paralysie générale. — Epigraphe : *Studia te tua clarum et nobilem efficient* (Senèque).

N° 2. — De l'idée de persécution dans la mélancolie ordinaire et dans le délire de persécution.— Epigraphe : « L'observateur doit observer comme une bête. » (Bacon).

PRIX MOREAU (de Tours). — 200 francs. — Cinq thèses inaugurales ont été envoyées :

1° Des contractures. Contractures en général, la contracture spasmodique; les pseudo-contractures, par le Dr Paul Blocq, ancien interne des hôpitaux de Paris.

2° Recherches cliniques sur le délire hypocondriaque.

©BIUM

Valeur séméiologique, par le Dr A. Journiac, interne des asiles de la Seine.

3° De la chorée chronique, par le Dr E. Huet, ancien interne des hôpitaux de Paris.

4° Contribution à l'étude de l'état psychique de la femme pendant la période menstruelle, considéré spécialement dans ses rapports avec la morale et la médecine légale, par le Dr Séverin Icard.

5° Essai sur le mal de tête, par le Dr Johannès Chaumier, ex-interne de l'asile de Brou.

Nomination des Commissions de prix.

Commission du prix Aubanel : MM. Christian, Dagonet, Garnier, Semelaigne et Vallon.

Commission du prix Belhomme : MM. Chaslin, Legrain, Marandon de Montyel, Vallon et J. Voisin.

Commission du prix Esquirol : MM. Baillarger, Falret, Mitivié, Ritti et Séglas.

Commission du prix Moreau (de Tours) : MM. Ballet, Dubuisson, Dupain, Moreau (de Tours) et Saury.

De la mélancolie et de ses diverses variétés (suite).

M. Marandon de Montyel. — En prenant la parole à l'appel de M. Falret, pour vous exposer, Messieurs, le peu que je sais sur cette question si complexe et si délicate de la mélancolie et de ses diverses variétés, j'obéis au devoir qui incombe à chacun de nous, quand une grande discussion s'agite dans cette enceinte, de contribuer dans la mesure de ses forces, fussent-elles infimes, à la recherche de la vérité clinique dont dépend le sort des malades confiés à nos soins, quelque difficile que soit ce devoir comme dans le cas actuel.

Difficile, en effet, car le débat ouvert n'atteindra toute son ampleur et ne donnera tous ses résultats qu'à la condition de considérer le sujet sous ses deux aspects, descriptif et pathogénique.

Avec cette autorité et cette habileté cliniques que nous saluons tous en lui, M. Falret a passé en revue diverses variétés de mélancolie, les marquant chacune d'une observation personnelle souvent pleine d'originalité. A

©BIUM

la suite de l'éminent clinicien, le suivant de loin sans espoir de l'atteindre, si nous venons tour à tour apporter le tribut, léger ou lourd, de notre expérience, nous aurons, c'est certain, quand la discussion se sera ainsi longtemps déroulée, tracé des lypémanies un tableau exact et complet. Serons-nous, alors, au bout de nos peines et aurons-nous le droit de nous reposer, satisfaits du labeur accompli? Nullement, Messieurs. Nous aurons rassemblé des matériaux, précieux sans doute; l'édifice sera encore à construire. Nous limiter exclusivement à ces descriptions détaillées, dont je proclame néanmoins l'absolue nécessité, puisque seules elles fourniront des éléments d'appréciation, mais enfin nous y limiter exclusivement, ce serait imiter le naturaliste qui se bornerait à décrire avec minutie chaque plante ou chaque animal, au hasard de ses promenades ou de ses rencontres, sans rechercher le pourquoi des ressemblances et des dissemblances. Notre œuvre, ainsi réduite, serait peut-être une admirable œuvre descriptive, elle ne serait pas une œuvre scientifique, au sens vrai du mot. Pour la rendre telle, après avoir relevé avec exactitude les éclosions, les symptomatologies, les évolutions et les terminaisons qui autorisent la création de diverses variétés mélancoliques, il est indispensable de rechercher comment ces variétés se produisent, d'en découvrir en un mot la raison pathogénique. Mais auparavant fixons la valeur des mots lypémanie ou mélancolie, que j'emploierai indifféremment au cours de cette communication. Une conception délirante triste ne suffit pas à les justifier. Depuis longtemps déjà le plus grand clinicien de notre époque, en matière d'aliénation mentale, j'ai nommé M. Baillarger, a démontré que le délire avec tristesse et dépression constitue, au même degré que la manie, une lésion générale de l'entendement, car il imprime à l'ensemble de l'intellect un cachet uniforme d'abattement, d'anxiété ou de stupeur. Tel est l'état que désignent pour moi les mots mélancolie ou lypémanie. J'aurai donc ici en vue les seuls aliénés atteints d'un trouble général de nature triste des facultés mentales, trouble général qui s'accompagnera aussi bien d'exaltation que de dépression, puisque l'anxieux est parfois le plus agité des malades, mais qui exclut toute coordination dans le délire.

©BIUM

Ainsi se trouvera mise en dehors de ce débat la grande classe des délirants systématiques qui, sous le nom de délirants chroniques, nous ont si longuement occupés l'année dernière.

On trouve tout d'abord, répondant à la définition de M. Baillarger, les malades que M. Falret vous a présentés au début de sa brillante communication, malades désignés d'ordinaire sous les noms de mélancoliques, d'anxieux ou de stupides. Je voudrais ajouter quelques mots à la description claire et précise de notre collègue. Je tiendrais tout d'abord à établir que les formes mentales présentées par ces aliénés ne constituent pas trois affections différentes, mais trois degrés d'une même vésanie, de telle sorte que l'anxiété et la stupeur sont pour ainsi dire de simples éléments surajoutés à la mélancolie. La clinique nous en fournira la preuve, sinon avec une extrême fréquence, du moins avec assez de netteté pour ne laisser aucune place au doute. En effet, il arrive qu'un malade, atteint en premier lieu de mélancolie, traverse une phase assez longue d'anxiété pour aboutir à une stupeur prolongée d'où il sort guéri. Il a ainsi successivement passé par les trois phases. J'en ai vu des exemples. Inutile de les décrire, car bien qu'ils ne soient pas journaliers, vous en avez dû rencontrer, vous aussi, au moins quelques-uns. Mais, messieurs, que prouvent ces transformations, sinon que le type mélancolique, le type anxieux et le type stupide, qui le plus souvent se présentent à l'état isolé, ne sont en réalité qu'une seule et même maladie à trois degrés différents. Pourtant, je le reconnais, la gravité du pronostic ne suit pas la même marche ascendante ; si la mélancolie anxieuse est moins curable que la mélancolie ordinaire, la mélancolie stupide est la plus curable des trois. Mais à creuser les choses, on trouve dans ce détail un argument plutôt pour que contre notre opinion. N'est-il pas démontré de nos jours que la prédisposition vésanique la plus forte, l'héréditaire par accumulation, est celle qui expose le moins à la démence? Longtemps on a cru et j'ai, moi-même, il y a douze ans, écrit le contraire. Nous étions dans l'erreur. Eh bien! ce qui est vrai de la démence, l'est également de l'incurabilité. Quelque paradoxal que le fait paraisse, il est incontestable que les

©BIUM

formes les plus avancées des vésanies sont celles les plus susceptibles de guérir. Leur caractéristique, en effet, n'est pas l'incurabilité, mais la rechute. Or chacun le sait, autant la lypémanie stupide se termine par guérison, autant elle est coutumière de reparaître à la moindre commotion morale ou physique. Dès lors, rien n'est plus conforme à la pathologie générale de la folie que cette curabilité relative, mais définitive, de la mélancolie ordinaire, premier terme du mal, que cette incurabilité habituelle de la mélancolie anxieuse, second terme, et que cette curabilité habituelle mais momentanée de la lypémanie stupide, terme extrême de l'affection. Le pronostic, comme les transformations, montrerait donc, dans ces trois formes, trois degrés de la même vésanie.

J'ajouterai que la fréquence excessive de la chronocité du type anxieux explique l'erreur de Cotard dans son mémoire, si remarquable d'ailleurs, sur le délire de négation. Ce délire est la terminaison, non pas exclusive de cette forme, mais d'une manière générale de toutes les lypémanies, qu'elles aient été ou non anxieuses en mode continu ou à un moment quelconque de leur évolution. Comme les anxieux sont ceux appelés le plus souvent à devenir des chroniques, et comme il n'est pas rare que les mélancoliques déprimés, ne marchant pas vers la guérison, présentent quelques crises de réaction anxieuse, on comprend que notre regretté confrère, qui a eu le grand mérite de décrire les rapports de la lypémanie avec le délire de négation, n'ait pas assez généralisé ses conclusions et les ait limitées au type le plus habituel.

Voilà donc, avec ses degrés, ses évolutions et ses terminaisons, un premier groupe très net et bien délimité de mélancolies qui offriront en outre ce caractère très important sur lequel je demande encore à appeler l'attention, d'être régulières dans leur marche, et, si je puis ainsi dire, dans leur constitution délirante. Elles sont régulières dans leur marche : elles ont, en effet, des périodes distinctes et successives de début, d'augment, d'apogée et de terminaison ; avec elles, pas d'imprévu. Elles sont, au même titre que la pneumonie ou la fièvre typhoïde, des maladies cycliques. Tout aussi régulières, elles se montrent dans ce que j'ai appelé leur constitution délirante. Le délire, dans la lypémanie, a

©BIUM

une triple origine correspondant aux trois espèces de bien-être recherchées de l'humanité, le bien-être moral dans ce monde et dans l'autre, le bien-être matériel et le bien-être physique. Eh bien! les lypémaniaques de ce groupe, durant toute l'évolution de leur vésanie, restent confinés dans une de ces trois catégories. Ceux qui ont perdu le bien-être moral ne se préoccupent ni de leur situation de fortune ni de leur état de santé ; de même les hypocondriaques de cette classe, absorbés tout entiers par leur corps, font fi de tout le reste. Enfin, dernier détail que je désire relever, le désespoir de tous ces mélancoliques, quelle que soit la forme qu'il revêt, est un désespoir continu, plus ou moins intense, sans doute, selon les jours ou même les heures, plus accentué, par exemple, au réveil qu'au coucher, selon l'exacte remarque d'Achille Foville, mais sans trêve aucune, surtout sans une conception délirante expansive, venant ranimer le courage abattu. Pour ces esprits endoloris, il n'est pas un seul rayon de joie ni d'espoir.

Ainsi les mélancoliques ordinaires, les anxieux et les stupides, présentent un ensemble de caractères particuliers marqués au coin de l'unité et de la régularité qui permettent de les grouper en une variété nettement déterminée. Or, à côté d'eux, se rencontrent d'autres lypémaniaques avec des traits tout opposés. Impossible chez ceux-ci de distinguer des périodes d'évolution, car le mal éclate, augmente ou disparaît à l'improviste ; souvent il atteint son apogée quand la guérison semblait certaine. La même irrégularité et les mêmes bizarreries se retrouvent encore dans la trame du délire. Ici la fortune se mêle à la ruine, l'espérance au désespoir. Ces mélancoliques réalisent le type de la lypémanie ambitieuse dans laquelle les conceptions mégalomaniaques, surgissant souvent sans crier gare, livrent assaut aux conceptions lypémaniaques. Un mélange si discordant se reflète sur la physionomie ; elle est tantôt triste et tantôt joyeuse ; quelquefois même, elle est l'une et l'autre à la fois, vrai facies de lypémaniaques gais qui, la larme à l'œil mais le sourire aux lèvres, racontent leurs infortunes avec leurs espérances. Le désaccord entre l'expression du regard et celle de la bouche, sur lequel Guislain se plaisait tant à insister, atteint alors

©BIUM

son maximum. Pas de fixité non plus dans la nature des idées maladives qui roulent successivement ou simultanément sur les sujets les plus divers ou, au contraire, fixité implacable, sous formes d'obsession. Les malades, dans le premier cas, délirent à la fois sur leur fortune, leur corps et leur moralité. Aussi est-il impossible de créer parmi eux des types comme parmi les précédents. Il n'y en pas deux qui se ressemblent. Chacun gémit à sa manière, se lamente selon ses aptitudes, j'allais dire ses goûts. Un lypémaniaque anxieux ressemblera en tous points à un autre lypémaniaque anxieux ; deux lypémaniaques stupides seront calqués l'un sur l'autre. Jamais semblable similitude avec les mélancoliques que nous examinons en ce moment. L'aliéné est et reste lui, malgré toutes les contradictions et tous les imprévus de son délire. Bien plus, au milieu de cet assemblage de conceptions disparates qui, le plus souvent, arrivent par bouffées et se dissipent comme la fumée, la conscience, fait étrange, la conscience plus ou moins claire de l'état maladif persiste. Tandis que les lypémaniaques de tout à l'heure étaient des convaincus, rebelles à toute concession, ceux-ci sont, vis-à-vis de leur mal, presque des sceptiques. Ils le laissent discuter, le discutent eux-mêmes, reconnaissent parfois les anomalies de leur esprit et avouent n'en pouvoir mais. Une telle intégrité du sens intime expose à un grand danger, le suicide. Certains, désolés de se savoir fous, sont impuissants à ne plus l'être, désespérés de jamais dominer leurs troubles psychiques, ils prennent la vie en dégoût et se réfugient dans la mort.

Je ne saurais donc, à cet égard, partager l'optimisme de mon distingué confrère, M. Ronillard. J'estime, au contraire, qu'en principe l'isolement des mélancoliques conscients s'impose précisément à cause d'un suicide imminent. Ceux ou plutôt celles qui justifieraient, dans une certaine mesure, l'appréciation de notre collègue, parlant de mort sans jamais y recourir sérieusement et se laissant dominer par une volonté ferme, sont des hystériques.

Voilà encore, messieurs, de nouveaux lypémaniaques avec des caractères distinctifs très tranchés, qu'il est impossible de confondre avec les précédents, et qui forment une seconde variété de mélancolie, elle aussi

©BIUM

très nettement délimitée. Pourquoi ces différences ? D'où vient que celui-là sera le mélancolique régulier et inconscient que nous avons d'abord décrit, qui parcourra méthodiquement toutes ses périodes pour aboutir à la guérison ou à l'état chronique avec délire des négations auquel succédera la démence, tandis que celui-ci sera ce mélancolique conscient et primesautier que nous quittons à l'instant, à délire irrégulier dans sa trame comme dans son évolution, qui guérira dix fois pour rechuter toujours, sans offrir jamais la moindre trace d'affaiblissement intellectuel ? La raison existe, car dans la nature rien n'est livré au hasard. Cherchons-la donc.

La pathologie générale enseigne que les modifications symptomatologiques dépendent soit de la spécificité des causes, soit de l'organisme frappé. Les maladies mentales, manifestations psychiques d'un trouble anatomique du cerveau, obéissent comme les autres maladies physiques à toutes les lois de cette pathologie générale. Dès lors, la spécificité des causes ou l'individu malade doivent nous fournir le pourquoi que nous cherchons de ces deux variétés de mélancolie.

Interrogeons d'abord les causes ; nous ne constaterons aucune différence dans leur nature ; les lypémaniaques anxieux ou stupides, aussi bien que les lypémaniaques ambitieux ne tirent pas de la spécificité de l'étiologie ces caractères si tranchés qui les distinguent. Les uns et les autres puisent leur mal aux mêmes sources : ils le tirent de l'hérédité vésanique ou de l'acquisition par maladie, misère ou traumatisme.

Reste alors l'individu sous son double aspect physiologique et anthropologique, car le fonctionnement et la structure méritent égale attention. Oh ! ici, messieurs, un abîme apparaît entre les deux variétés de mélancoliques. Les premiers n'avaient jamais été suspectés de névropathie psychique ou physique. Leur affection mentale fut une surprise pour la famille et l'entourage. Le fonctionnement de l'esprit et du corps avait été chez eux parfait jusqu'à la catastrophe, survenue d'ordinaire à la suite d'une commotion morale. Chez les seconds, la folie, loin d'être une surprise, était attendue de tout temps ; car de tout temps ils avaient été des êtres anormaux, anormaux au point de vue intellectuel et moral, anormaux

©BIUM

au point de vue physiologique. A ces différences déjà si tranchées, correspondent d'autres plus importantes peut-être du côté de la structure anthropologique. Tandis que les mélancoliques de la première variété ont une conformation régulière, ceux de la seconde présentent de nombreuses anomalies, à la tête, à la face, à la bouche, aux organes génitaux pour ne citer que les principales. Comment s'étonner maintenant que la mélancolie se manifeste et évolue si différemment sur deux terrains aussi dissemblables! La pneumonie du tuberculeux, la blessure du diabétique sont-elles la pneumonie et la blessure de l'adulte sain et robuste ?

Mais, messieurs, d'où provient une telle dissemblance entre la structure corporelle et le fonctionnement physico-psychique de ces deux classes de lypémaniaques, puisque nous les avons vus soumis, les uns et les autres, aux mêmes influences? Examinons de plus près et, à défaut de différences dans la nature ou spécificité de ces influences, nous en trouverons de notables dans leurs intensité. Les mélancoliques de la première variété sont-ils des héréditaires vésaniques, ils appartiendront à des familles d'une névropathie faible ou dans lesquelles l'apport d'un sang généreux sera venu mitiger la tare ; les mélancoliques de la seconde variété seront, eux, sous le coup de l'hérédité accumulée. A défaut de la transmission ancestrale, ceux-là auront souffert d'une maladie fébrile ou d'un accident, mais survenus alors que l'organisme s'était déjà développé et fortifié; ceux-ci auront été frappés durant la vie intra-utérine ou peu après la naissance.

Dès lors, à l'aide seule de la clinique, se trouvent constituées et expliquées dans leur pathogénie deux grandes variétés de mélancolies que nous distinguerons, eu égard à cette pathogénie; les premières, celles que M. Baillarger, Cotard et M. Falret ont tant contribué à élucider sous le nom de *mélancolies simples proprement dites;* les secondes, celles que M. Magnan et ses élèves, MM. Legrain et Saury, inspirés de Morel et marchant sur ses traces, ont le mérite d'avoir bien mis en relief, sous le nom de *mélancolies simples dégénératives*. Certes, messieurs, il est loin de ma pensée de chercher à ouvrir une discussion close, et même sanctionnée par une série de

©BIUM

votes, toutefois vous me permettrez de constater que ces deux variétés de mélancolies correspondent très exactement aux deux premières divisions de la classification étiologique que j'ai eu l'honneur de défendre devant vous et que leur pathogénie est la confirmation éclatante du principe que j'ai soutenu, à savoir que les causes simples agissent seulement en raison directe de leur intensité et n'ont aucune action spécifique.

Voici maintenant une femme, un homme et un enfant. Celle-là, à la suite d'un violent choc moral ou d'émotions pénibles longtemps renouvelées, est tombée tout à coup dans une tristesse profonde, interrompue par de soudaines tendances à être nuisible à elle-même ou aux autres. Elle éprouve, par le corps, des sensations étranges qui la porteront peut-être à oublier toute pudeur, si elles ont pour siège les organes génitaux ; elle voit et entend des choses fantastiques et changeantes. Aussi est-elle en proie aux impressions les plus soudaines et les plus diverses, mais de courte durée, superficielles comme les impressions qui les engendrent. Vingt fois cette femme mélancolique parlera de se tuer sans le tenter, ou le tentera dans des conditions d'insuccès à peu près certain. Pour couper court à ses excentricités, pour remplacer son désespoir par de bruyants éclats de rire, il suffira d'une parole ferme qui aura réveillé la conscience, d'un mot plaisant qui aura frappé l'oreille. Interrogée avec persistance, elle reconnaîtra même le caractère maladif de son état mental et son impuissance à le combattre. Puis, un beau jour, le mal disparaîtra comme il était venu, brusquement, et la lypémaniaque croira sortir d'un rêve. Celui-ci était sain d'esprit le matin au réveil, quand dans la journée son visage a pris une expression étrange, mélange de stupeur et de crainte. Ses idées sont confuses, ses souvenirs incertains, sa conscience du milieu incomplète. Il se sent perdu, son organisme est ruiné, sa mort est imminente. Et alors, ou il prie avec ferveur le ciel en qui il a mis sa confiance, de le sauver, offrant par là, une curieuse association de conceptions hypocondriaques et d'idées mystiques, ou il attribue à un maléfice son malaise, et pour s'y soustraire, recourt tête baissée à l'homicide et à l'incendie. Puis tout rentre dans l'ordre,

©BIUM

et ce mélancolique, revenu à lui, ne se souvient de rien. Quant à l'enfant, jusqu'alors aimable et doux, il est devenu singulier, triste, irritable ; jadis intelligent et studieux, maintenant lourd, sans mémoire et paresseux. Il n'a plus ni attention, ni fixité dans les idées. Fait plus grave, il est poursuivi par des hallucinations terrifiantes de la vue, qui n'éclatent guère que le soir, dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil, par exception le matin au lever; dans la journée, il lui arrivera de présenter un véritable délire de la phonation, de répéter toujours les mêmes mots, des obscénités et des injures aussi grossières qu'absurdes. Avec les progrès du mal, le pauvre petit aura des crises anxieuses et finira même par tomber dans la stupeur.

Messieurs, en écoutant ces résumés succincts, vous avez diagnostiqué déjà, par les seuls caractères mentaux et leur évolution, chez la femme, la lypémanie hystérique de Moreau (de Tours); chez l'homme, la lypémanie épileptique de M. Auguste Voisin; chez l'enfant, la lypémanie choréique de Marcé et de M. le professeur Ball et votre diagnostic a consacré une troisième variété de mélancolies, celles engendrées par les névroses qu'il convient d'isoler en conséquence, sans plus insister, sous le nom de *mélancolies convulsives*.

Mais, hélas ! si vaste est ce champ de larmes et de désespoirs que nous ne l'avons pas encore exploré en entier. Un malheureux en proie à une angoisse des plus vives s'offre à notre étude; halluciné de tous les sens, mais surtout de la vue, il délire, il s'effraie, et ses perversions sensorielles terrifiantes ou pour le moins de nature triste, ont ce triple caractère d'être possibles, d'être mobiles, d'être relatives, soit aux occupations, soit aux préoccupations du malade. Et pourtant, malgré ce grand désordre des sens et cette violente anxiété de l'esprit, insistez, vous parviendrez à fixer l'attention. A côté, un autre mélancolique présente des troubles si semblables qu'ils semblent souffrir tous les deux du même mal; toutefois une observation attentive montrera, chez le second, la prédominance des désordres de la sensibilité générale sur les hallucinations de la vue et de l'ouïe, l'intensité ainsi que la persistance et la variété moindre des perversions sensorielles; un affaiblissement

©BIUM

psychique général et une diminution de la mémoire avec impressions dangereuses qu'on ne retrouve pas chez le premier, et de plus des altérations de la sensibilité périphérique et de la motricité sous forme, les premières, d'hyperesthésies, mais surtout d'analgésies, de troubles inhibitoires de la vision avec scotomes disséminées multiples ; les secondes, d'hyperexcitabilité musculaire, poussée peut-être jusqu'à la convulsion. Or, Messieurs, que constituent tous ces signes, sinon le diagnostic différentiel de la lypémanie alcoolique et de la lypémanie cocaïnique, tel qu'il découle des travaux de M. Magnan sur l'alcoolisme, des recherches d'Erlenmeyer et de la récente communication de M. Saury sur le cocaïnisme clinique, et ainsi que du livre aussi complet qu'instructif de M. Pichon sur le morphinisme isolé ou associé à d'autres intoxications. Et dès lors se dégage encore avec les caractères particuliers décrits par ces savants une quatrième variété de mélancolies qu'ils n'auront certainement pas le droit de répudier, les *mélancolies toxiques*.

Enfin un dernier lypémaniaque est là qui nous attend. Il est affaissé sur un banc, à côté de ses aliments auxquels il ne touche pas. Demandez-lui le pourquoi de son immobilité, il vous répondra qu'il n'a plus de jambes; le pourquoi de son abstinence, il vous répondra qu'il n'a plus de gosier. Et ce pitoyable état de son corps, il vous l'indiquera en deux mots, avec une suprême indifférence à faire croire qu'il n'est pas en cause. Ce curieux lypémaniaque, point n'est besoin de le caractériser davantage, car s'il n'était pas l'hypocondriaque paralytique de M. Baillarger, il eut été rendu anxieux et non laissé indifférent par la perte de ses organes ; là, Messieurs, est le diagnostic différentiel. La mélancolie hypocondriaque du paralytique, quelle que soit sa forme, délire d'énormité, de petitesse, d'obstruction ou d'ablation, laisse l'aliéné froid ; chez le vésanique, ce même délire qui se montre parfois, le fait n'est pas contestable, détermine une anxiété poussée souvent jusqu'au suicide. J'ai déjà eu l'occasion d'en parler devant vous dans mon rapport sur la candidature de M. le Dr Chambard, à propos d'un malade dont l'autopsie pratiquée par notre savant confrère confirmait mon opinion. Quoi-

©BIUM

qu'il en soit, il n'est pas douteux que par leur symptomatologie aussi bien que par leur marche et leur terminaison, ces lypémanies des paralytiques ne constituent une cinquième variété de mélancolie auxquelles convient la dénomination de *mélancolies congestives*.

Pour établir les cinq variétés de lypémanies et leur pathogénie, c'est dans vos propres travaux, Messieurs, que j'ai eu soin de puiser à pleines mains. La sincérité de mes descriptions ne saurait donc être suspectée, et je suis, par là, d'autant plus autorisé à vous prier de vouloir bien remarquer que si les deux premières correspondaient exactement aux deux divisions du premier groupe de la classification étiologique et constituaient des mélancolies simples, les trois derniers correspondent non moins exactement aux trois premières divisions du second groupe et constituent des *mélancolies composées*. Je n'insisterai pas davantage, laissant le soin de conclure aux adversaires dont les belles recherches m'ont fourni les éléments de cette communication.

Convient-il de décrire, en outre, des *mélancolies sympathiques* et des *mélancolies diathésiques?* Autant vos travaux ont imposé les lypémanies convulsives, les lypémanies toxiques et les lypémanies congestives, autant celles-là sont controversées. Le débat actuel est et doit rester, je crois, exclusivement clinique, et j'estime que ce serait en sortir que de discuser des opinions en dehors de faits personnels. Or, de ces faits, je n'en ai pas. Les mélancolies sympathiques et les mélancolies diathésiques ont-elles, parmi nous, des partisans? à eux de venir les défendre armés des observations qui les ont convaincus. En ce qui me concerne, jusqu'ici il m'a paru que l'élément diathèse comme l'élément réflexe n'imprimaient aucun caractère aux mélancolies qu'ils étaient censés produire; mais nous cherchons la vérité sans arrière-pensée et nous ne demandons qu'à être convertis. Si ces deux variétés de mélancolie étaient établies, elles trouveraient leurs places naturelles à la suite de celles dont nous venons de nous occuper; car à cela se reconnaît la justesse d'un principe de groupement, de se prêter à tous les progrès et à toutes les découvertes.

J'aurais fini, Messieurs, si je ne tenais, tout en restant bref, à être complet. Les lypémaniaques à caractères

©BIUM

bien tranchés que nous avons jusqu'ici étudiés, ne sont pas les seuls à peupler un service d'aliénés. Il s'en trouve qui ne répondent pas traits pour traits à nos tableaux, mais dont l'état mental a des aspects mixtes. Voici, par exemple, un mélancolique qui aura le délire hypocondriaque spécial de la congestion, mais qui verra autour de lui des milliers de vers, les sentira se glisser par ses ouvertures naturelles et racontera qu'ils lui ont mangé les organes. Il est évident que ce lypémaniaque congestif est en même temps un lypémaniaque alcoolique. Ce cas nous initie à la troisième grande classe des mélancolies, les *mélancolies multiples*. C'est une erreur trop répandue, Messieurs, de voir dans la simultanéité de plusieurs délires chez un même malade un simple fait symptomatique; car il n'est pas vrai, comme il est d'usage de le répéter, que chaque affection garde rigoureusement et toujours, dans cette rencontre fortuite, sa complète indépendance. La vérité clinique est qu'entre ces divers délires s'établissent des rapports étroits, qu'ils s'influencent réciproquement et s'adaptent les uns aux autres. Il y a là tout un côté des folies multiples, qui jusqu'à ce jour a été un peu trop négligé. Eh bien! les lypémanies, plus que les autres formes mentales, peut-être, sont propres à mettre en lumière cette pénétration réciproque, si je puis ainsi dire, des divers délires simultanés, pénétration d'où résultent non seulement des formes délirantes spéciales, hybrides, mais encore des modifications dans l'évolution, toutes choses qui justifient pleinement le groupe des folies, partant des mélancolies multiples, dans la recherche pathogénique. Le cas que je citais tout à l'heure en est d'ailleurs un exemple frappant. C'est comme congestif que notre hypocondriaque a un délire d'organes, c'est comme alcoolique qu'il voit des vers, mais c'est comme l'un et l'autre à la fois qu'il fait manger ceux-ci par ceux-là. Autre fait relativement fréquent: Une femme au début d'une mélancolie, en proie aux malaises physiques et moraux de cette période initiale, a recours aux excitants alcooliques pour se donner du ton, selon son dire. Qu'arrive-t-il? L'alcoolisme précipitera le développement de la lypémanie en même temps que celle-ci favorisera l'éclosion de la mélancolie éthylique. La

©BIUM

quantité de liqueurs fortes ingurgitées était de beaucoup insuffisante à produire le délire dépressif spécial de cette intoxication; mais sur ce terrain, déjà remué par la prostration lypémaniaque, germent tout de suite des hallucinations terrifiantes. De là, une première influence incontestable du délire préexistant sur le second délire; mais il y a plus, la mélancolie de cette femme s'appropriera ces perversions sensorielles engendrées par l'alcool, les interprétera dans le sens de ses conceptions vésaniques, et longtemps après leur disparition, se servira encore d'elles pour justifier ses terreurs et ses angoisses.

Il me paraît incontestable, Messieurs, pour ces raisons, que la clinique établit une classe spéciale de mélancolies multiples comme elle établit une classe de mélancolies simples et une autre de mélancolies composées. Cette classe renferme trois variétés. La première, notre hypocondriaque paralytique et alcoolique y rentre, est constituée par les mélancolies composées multiples, les plus fréquentes, les lypémanies toxiques se combinant entre elles ou venant se greffer, soit sur les convulsives, soit sur les congestives, quelquefois même, ces deux dernières s'unissant les unes aux autres. Notre deuxième cas est un exemple de la seconde variété : une mélancolie composée éclatant dans le cours d'une mélancolie simple. De ces deux variétés, on en trouvera des spécimens nombreux et intéressants dans les deux livres si recommandables de M. Pichon. La troisième variété est plus délicate, plus nuancée; elle réunit les mélancolies simples, — multiples, les plus rares, ajouterai-je. Ces mélancolies seraient plutôt des cas intermédiaires entre les lypémanies simples proprement dites et les lypémanies dégénératives. Un malade n'est pas assez franchement imprégné de dégénérescence pour devenir le mélancolique dégénéré que nous connaissons, mais il l'est encore trop pour ne présenter que de la mélancolie simple, cas encore fréquent, puisqu'aucune force de la nature ne procède par sauts et que l'organisme se dégénère par degrés; alors des crises d'anxiété ou de stupeur, par exemple, apparaîtront dans le cours d'une évolution morbide offrant la plupart des caractères de la lypémanie dégénérative.

©BIUM

J'ai fini, Messieurs, d'abuser de votre attention. La tâche était, ai-je indiqué au début de cette communication, de rechercher s'il existait diverses variétés de mélancolies et si oui, de trouver le pourquoi de ces variétés. La double solution demandée nous est apparue, me semble-t-il, simple et claire, à la lumière du principe étiologique, et par là l'excellence de ce principe s'est manifestée une fois de plus, au hasard de l'occasion qui s'offrait. Pour ce, je n'ai eu qu'à vous emprunter vos observations exactes et vos inductions sagaces, de telle sorte qu'en fin de compte, c'est à vous que revient le mérite d'avoir démontré par les faits, et quelle démonstration serait plus probante? que la méthode étiologique, formulée par un des nôtres, est une des vérités les plus fécondes de la psychiatrie française.

Variétés de la paralysie générale.

M. Rist. — Les conditions d'observation sont restreintes dans une maison de santé, les exigences de la clientèle sont multiples et absorbantes; aussi suis-je obligé d'adresser tout d'abord quelques paroles d'excuses à mes collègues de la Société médico-psychologique qui m'ont fait l'honneur, il y a déjà longtemps, de m'admettre au nombre de leurs correspondants. Aujourd'hui que quelques loisirs me permettent de repenser à mes observations, je viens remplir mon office de correspondant. En effet, outre son caractère honorifique, le principal avantage attaché à ce titre me paraît être celui qui consiste à adresser sans gêne des questions à nos confrères placés dans des conditions d'observation plus favorables, à leur demander des lumières plus étendues sur tel aperçu auquel nous sommes arrivés spontanément, à les consulter, dirai-je, sur des indications bibliographiques qui ont pu nous manquer dans notre isolement. Je n'ai donc pas la prétention d'apporter quelque chose de neuf; je me demande seulement si j'ai eu affaire à de simples coïncidences, dans les cas dont je vais entretenir la Société, ou si leur rapprochement permet de tirer la conséquence que l'on va voir que j'en tire. Peut-être la chose a-t-elle déjà été consi-

©BIUM

gnée dans nos *Annales?* J'apporterais alors une confirmation digne encore d'intérêt.

On a signalé depuis longtemps les erreurs de diagnostic auxquelles donne lieu la paralysie générale dans sa première phase. L'excitation maniaque simple, la folie à double forme dans sa période expansive, certaines lypémanies à forme hypocondriaque, enfin l'alcoolisme peuvent donner le change, même au médecin expérimenté. Dans les dernières années, j'ai toujours été très réservé dans mon diagnostic, lorsque les symptômes physiques n'étaient pas nettement accentués. Une erreur qui avait été partagée par deux confrères spécialistes m'avait engagé à prendre cette attitude, et je m'en suis bien trouvé. Mais, outre ces cas, il y a tant de variétés dans la paralysie générale, que tout en ne pouvant douter que nous ayons affaire à elle, nous nous trouvons dans un grand embarras pour conseiller les familles. En effet, en dehors des rémissions proprement dites, il est arrivé à chacun de nous d'observer chez certains paralytiques des phases pendant lesquelles le délire, les troubles généraux, étaient si peu apparents que la preuve de la maladie était difficile à faire, que vous vous trouviez mal placés pour dicter aux proches la conduite la plus sage (c'est-à-dire le maintien de la séquestration) à l'égard de leurs malades, sans être taxés d'inhumanité ou au moins de pessimisme. Or, c'est dans ces formes, que je qualifierai de décevantes, que j'ai observé *le plus fréquemment* l'attaque congestive épileptiforme, et surtout l'attaque répétée, promptement grave par l'état de mal qu'elle inaugure, par le coma consécutif qui peut devenir mortel. J'ajoute que dans les trois cas les plus nets qu'il m'ait été donné d'observer, il s'agissait manifestement d'individus dégénérativement tarés. Dans deux autres, au contraire, il s'agissait d'individus ayant un passé régulier et même brillant.

Au contraire, dans la forme classique de la paralysie générale, qu'elle soit à prédominance franchement paralytique, ou à forme hypocondriaque, ou, au contraire, expansive et mégalomaniaque, j'ai *plus rarement* rencontré l'attaque épileptique, surtout à l'état de mal ; je l'ai vue manquer complètement nombre de fois, et se

©BIUM

prononcer la tendance syncopale et apoplectiforme. J'ai vu, plus spécialement alors, s'installer la vraie démence paralytique avec déchéance mentale et physique progressive, c'est-à-dire dans les cas nets d'emblée, à marche longue, sauf accidents pneumoniques, ou *escarres* par décubitus intercurrent. Ce sont les malades dont la longévité nous étonne parfois. Il me semblait, en quelque sorte, que l'*aptitude à l'épilepsie diminuait avec l'accentuation des symptômes paralytiques et délirants*. Je pense que M. Falret, en particulier, reconnaîtra dans les cas auxquels je faisais allusion ci-dessus sa variété congestive.

Voici les exemples dont je peux illustrer la question.

Comme je le disais il y a un instant, trois m'ont paru particulièrement intéressants. Dans les trois, la mort s'est produite à la suite d'une série ininterrompue d'attaques épileptiques. Je rapporterai ensuite deux autres cas dans lesquels manquent les signes de dégénérescence, mais où la mort a été également la conséquence apparente du coma épileptique; enfin, un sixième cas où les congestions, fréquentes au début, cessèrent quand les symptômes physiques commencèrent à s'accentuer.

Obs. I. — Dans le premier cas, il s'agit d'un commerçant marié depuis douze ans. L'union n'avait pas été féconde et n'avait probablement jamais eu lieu. Le malade avait un pénis d'enfant et un phimosis. L'interrogatoire sur le point des rapports conjugaux resta toujours très défectueux. Le malade ayant conservé jusqu'à la crise qui termina sa vie, et à partir de laquelle on ne pouvait plus obtenir de renseignements, les allures d'un homme du monde, se renfermait dans un silence digne, chaque fois qu'on abordait ce sujet. Retiré des affaires, et jouissant d'une fortune indépendante, il ne montra pendant plusieurs années que de la mobilité d'humeur. Il essaya de cultiver les beaux-arts, s'adonna à la peinture et à la musique. De temps en temps, il avait un sentiment de faiblesse accompagné de pâleur et de vomissement, surtout le matin en se levant. Toutefois la femme du malade et le malade lui-même n'en tenaient pas grand compte, et ce n'est que plus tard, sur mon interrogatoire qu'on sembla se souvenir de la chose.

Un jour, dans une ville étrangère (on voyageait presque sans cesse), les propos devinrent délirants, les actes absurdes : — le début caractéristique de la paralysie générale — achats de bijoux hors de proportion avec la fortune, pourboires excessifs

©BIUM

aux cochers, invitations multiples adressées à des personnes peu connues, prétentions à gagner 25,000 francs par jour par sa peinture. La séquestration s'imposait. Elle eut lieu dans un asile public, où il semble y avoir eu des scènes assez violentes. Après six semaines, on m'amena le malade. Le délire avait complètement disparu en apparence ; les circonstances actuelles étaient justement appréciées; le passé était assez nettement raconté. Il n'y avait aucun symptôme physique; tout au plus la parole était-elle un peu traînante; sauf cela, aucun trouble de la motilité. Pas le moindre optimisme, pas d'euphorie. L'humeur était généralement boudeuse, désagréable, mais, avec une apparence très grande de raison, puisque les symptômes étaient amendés au point de se demander si la prolongation de la séquestration était justifiée, que les discussions sur ce sujet avaient lieu en présence du malade, de la part de parents mieux intentionnés que judicieux, et que par suite, l'irritation contre le médecin pouvait passer pour tout à fait légitime.

Le malade portait sous l'œil gauche une ecchymose sur l'origine de laquelle il était difficile d'être éclairé. Le premier médecin traitant, expliqua qu'on s'était aperçu de ladite ecchymose un matin lorsque le malade était encore dans son lit. Il est probable qu'il y avait déjà eu à l'asile public une attaque convulsive qui avait passé inaperçue.

Les plaintes du malade devenaient gênantes. En effet, ses sentiments pour ses proches étaient parfaitement normaux, ses projets n'avaient absolument rien de fantastique. Il vérifia les comptes de ses banquiers avec minutie, écrivit quelques lettres très affectueuses à des amis. Bref, il semblait qu'il n'y avait plus qu'à lui ouvrir les portes ; et cependant, dans toute son allure, il restait quelque chose de discordant qu'il m'est presque impossible de préciser, mais qui ne m'inspirait pas confiance. Je sentais une vie double, dont la partie délirante m'échappait, mais existait certainement. J'interrogeai sur la phase délirante du début. Elle était expliquée par le malade comme simple phase de satisfaction, de bien-être, d'expansion. Jamais les actes délirants ne furent acceptés comme tels.

J'interrogeai de nouveau sur le séjour à l'asile public, lorsque me fut fait, du ton le plus naturel, un récit absurde, qui ne laissait plus le moindre doute sur le diagnostic. C'était une des mille fantaisies enfantées par les seuls paralytiques généraux. Le détail n'a guère d'intérêt; je ne le rapporte que pour mémoire. On avait l'habitude à l'asile de X... de gonfler tous les soirs un géant en baudruche, de l'illuminer, puis de le laisser se promener dans les cours, battre les vitres, monter aux étages, etc. Le malade n'aimait pas entrer dans les détails, mais j'arrivai pourtant à lui faire répéter, à deux ou trois reprises, ce

©BIUM

récit. Dès lors, je fus affirmatif sur la nécessité de la séquestration. Bien m'en prit. Peu de jours après cette détermination, le malade parla avec aigreur d'un jeune homme tout à fait inoffensif avec lequel il ne se rencontrait qu'au billard. Le propos fut terminé par ces mots : « Je le tuerai. » Cela également prononcé du ton le plus calme. A côté de cela des jugements justes sur les hommes et les choses, et, je me le rappelle, un jour, une explication des jeux de bourse, provoquée par une question faite par moi, que l'on aurait pu qualifier de lumineuse. Le « je le tuerai » n'était pas une plaisanterie, ou, du moins, était la plaisanterie d'un paralytique général. En effet, un soir le malade s'embusqua dans un corridor, et un infirmier l'aperçut dissimulant un bâton. Je m'approchai et demandai quel usage il voulait en faire : « C'est pour asséner un coup sur la tête de L... » C'était ce jeune homme pris en grippe. On peut juger de mes reproches et de mes représentations. « Oh! je ne voulais pas lui faire de mal », fut la réponse. « Voyez, j'ai garni le bâton pour amortir le coup. » Le bâton était, en effet, entouré d'une simple feuille de journal, grossièrement fixée au moyen de trois ou quatre spires de fil de coton. Bref, le coup n'en aurait pas été amorti le moins du monde. On reconnaît les incohérences du paralytique général.

Tels furent les deux seuls faits précis que je puisse noter. Ils suffisaient au diagnostic ; mais leur isolement, au milieu de tant de signes favorables, était au moins embarrassant. Un matin, en faisant sa toilette devant son lavabo, une attaque convulsive survient, la vraie attaque épileptique : morsure de la langue, hébétude subséquente, affaiblissement hémiplégique, enfin l'attaque classique. Je m'attendais à un délire plus accentué; mais il n'y eut que de la paresse mentale, et un peu d'aphasie. Au bout de deux jours, toute trace post-épileptique avait disparu. Il y eut ainsi trois attaques, chaque fois à six semaines d'intervalle environ. Je ne peux pas dire que l'état mental se fût aggravé ; tout au plus un peu de satisfaction puérile, de temps en temps, à propos de choses insignifiantes, une exagération des sentiments affectifs, et de leur expression. Le malade était devenu plus traitable, se contentait de promesses vagues de déplacement, sans discuter serré comme au début de son séjour.

Enfin, après cinq mois de séjour environ, une série ininterrompue d'attaques, l'état de mal et un coma mortel.

Quand on ouvrit le testament, fait dix ans avant la mort, à un moment par conséquent où le malade était en pleine activité et prospérité, où il passait pour absolument sain d'esprit, on y trouva des clauses étranges, non absurdes, mais plus qu'excentriques, manifestant un trouble profond des sentiments, et un

©BIUM

manque complet des convenances. C'était certainement un dégénéré. Était-ce un épileptique ancien? Cela n'est guère probable. La femme du malade, qui n'avait aucun motif de dissimuler, affirme qu'elle ne s'est jamais doutée de rien.

Voilà donc un cas où certes les signes classiques sont bien clairsemés, quoique très nets, et qui se termine presque brusquement par l'épilepsie, avant toute déchéance proprement dite. Comme je le disais au commencement : *l'aptitude à l'épilepsie semble être en raison inverse des symptômes de démence paralytique.*

Obs. II. — Le second cas est aussi caractéristique. Je ne veux pas vous fatiguer de détails inutiles; mais il s'agit encore ici d'une évolution exceptionnelle de la démence paralytique. Pour donner la caractéristique du cas, je dirai, que trois semaines avant la mort, le malade était encore en liberté, à la tête d'une famille de huit enfants, d'une grande fortune, d'un nombreux personnel domestique, avec cinq chevaux dans son écurie. Il faut donc bien que les symptômes de la paralysie générale aient été assez atténués, pour qu'une situation de ce genre ait pu se maintenir sans scandale. Une certaine sauvagerie, de l'indifférence, tels étaient les seuls symptômes que le médecin traitant signala. En outre, un matin, le malade fut trouvé étendu dans la ruelle de son lit. Son vase de nuit était par terre, brisé, à côté de lui. Il y avait eu, évidemment, une attaque congestive; mais, je le répète, les symptômes mentaux étaient larvés, les symptômes physiques à peine appréciables. Il y avait affaiblissement de la mémoire pour les faits récents, une sorte de rêvasserie oisive.

Le malade avait toujours été très emporté. Il menaça un domestique qui déposa une plainte auprès du juge de paix. Ce n'est qu'ainsi que toute la situation fut rendue publique. Le malade était veuf depuis peu de temps, de sorte que les renseignements sur le passé intime faisaient défaut. A l'interrogatoire des proches, il fut reconnu que l'on faisait remonter à deux ans en arrière environ la modification d'allures du malade. Mais la plupart des témoins interrogés se contentèrent de dire que le malade avait toujours été un original. Le changement de milieu, c'est-à-dire le séjour dans l'asile, révéla toute l'intensité du délire. Aucune récrimination, aucune question sur ce qu'étaient devenus les enfants; puis des terreurs de paralytique : le plafond monte et descend constamment; les murs se rapprochent jusqu'à se rejoindre, etc. A côté de cela, un contentement parfait. Il était impossible de conserver un doute, et pourtant, je répète que la question de savoir si la séquestration

©BIUM

était licite avait fait l'objet de longues discussions de la part des proches ; qu'on ne s'était décidé que sur l'avis péremptoire de quatre médecins, et que le motif principal pour prendre la mesure était beaucoup plus l'intérêt des enfants que l'état du malade. Or, trois semaines après l'entrée, le malade n'ayant jamais présenté aucune trace de tremblement fibrillaire, de trouble de la parole, rien, sauf l'inégalité pupillaire, trois semaines après l'entrée, dis-je, survinrent des attaques épileptiformes, d'abord à dix minutes d'intervalle environ, puis l'état de mal s'installa, et, onze heures après la première attaque, le malade mourait. Par suite de circonstances spéciales, l'autopsie fut tardive et précipitée. On constata toutefois les adhérences cérébro-méningées, et les traînées opalines le long des vaisseaux ; en outre, un abcès du rein, gros au moins comme une noix, dont l'existence n'avait pu être soupçonnée pendant la vie, le malade ne s'étant jamais plaint de rien qui pût appeler l'attention sur la région ou les fonctions rénales. J'ajoute que malgré l'existence brillante et en apparence régulière du malade, c'était bien un dégénéré. Sa vie scolaire avait été semée d'incidents. Il s'était enfui plusieurs fois des pensions où il était placé ; une fois, à l'âge de quatorze ans, dans une de ses escapades, il s'était armé d'un poignard, et déclara plus tard qu'il aurait tué la ou les personnes qu'on aurait envoyées à sa poursuite. Malgré la catégorie sociale à laquelle il appartenait, sont langage avait conservé quelque chose d'inculte. Son homme des confiance nous dit qu'il l'avait toujours tenu pour un esprit borné et pour un homme bizarre.

Obs. III. — Le troisième cas est une forme fruste, au sujet de laquelle il faut certainement un peu forcer la note, pour le faire rentrer dans la paralysie générale. Les attaques congestives accompagnées d'inconscience, d'abolition du souvenir peuvent être considérées comme des épisodes qui caractérisent l'existence des dégénérés. Et pourtant, le malade meurt à trente-six ans, dans le coma post-épileptique, après la seconde série d'attaques constatées qu'il ait jamais eue ; la première série remontait à six semaines environ avant la mort. L'épilepsie n'avait jamais été soupçonnée auparavant ni par le père, ni, probablement, par la femme du malade. On ne peut toutefois affirmer qu'elle n'existait pas. Le délire des grandeurs se montra plusieurs années avant la mort : récits imaginaires de fortune sinon absurde, du moins très exagérée, de décorations, de titres universitaires, de créations industrielles, etc. Le malade était atteint d'atrophie musculaire infantile des muscles innervés par le cubital gauche, d'asymétrie faciale légère. Mais là encore, les symptômes délirants étaient larvés. Il fallait pousser le malade pour lui faire faire ses récits. Il séjourna

©BIUM

six mois à l'asile sans que le personnel, pourtant assez expérimenté, lui eût trouvé d'autre caractéristique que celle de « blagueur. » Son garde particulier ne put dire autre chose que celle-ci : « il ment par trop bêtement, pour que ce soit encore du mensonge. Il faut qu'il ne se souvienne plus de la manière dont il a raconté le même fait à quelques jours d'intervalle. » J'ajoute que les signes physiques étaient nuls. C'était un bel homme, d'une tenue parfaite. Toutefois, il trébuchait souvent à la manière de beaucoup de paralytiques généraux.

Tels sont les trois cas dont la terminaison a été remarquablement identique : série d'attaques convulsives peu de mois ou même de semaines après l'entrée dans l'asile, au cours d'une affection présentant les caractères physiques à peine marqués de la paralysie générale ; les symptômes mentaux étant eux-mêmes assez atténués pour que la maladie restât douteuse pour le public.

Me remémorant la terminaison de plusieurs autres cas de paralysie générale, j'en trouve encore deux où la mort est survenue lorsque l'affection était réduite à un affaissement des facultés, avec euphorie et optimisme dans un cas, tendances hypocondriaques et chagrines dans l'autre. Ce sont également des attaques épileptiformes qui terminèrent la scène.

Obs. IV. — Le premier est une démence paralytique progressive chez un homme de quarante-sept ans ; homme accompli sous tous les rapports, ayant atteint un haut grade dans la marine d'une puissance étrangère. Au point de vue mental, il semble impossible de trouver des traces de dégénérescence. La carrière avait été régulière. Le mariage, toutefois, était resté infécond. Un frère était un aventurier, d'intelligence moins que médiocre. Les symptômes furent presque tout le temps du simple enfantillage : plaisir puéril à montrer ses décorations, vantardise, mais pas de dépenses exagérées, pas de délire apparent. L'incapacité de travail ainsi que l'irritabilité furent les premiers symptômes. Plus tard, tout se borna à une docilité anormale, à une grande paresse d'esprit, à une satisfaction enfantine à propos de choses très ordinaires. Il n'y eut jamais de signe physique; la démarche était restée vive, alerte. Après dix mois environ de maladie, attaque épileptiforme ; puis, deux mois après, série d'attaques, et enfin, peu de semaines après, état de mal et mort.

©BIUM

Obs. V. — Le second cas est celui d'un homme de soixante-trois ans, qui commença par perdre le respect de soi-même, tomba sous la coupe d'une aventurière, et expliquait gravement à ses enfants, qui étaient des hommes faits, que la fréquentation de sa maîtresse le rendait meilleur, et le disposait mieux envers les siens. Ce cynisme de mœurs et de paroles contrastait absolument avec la manière d'être habituelle de mon client. Bientôt, il devint morose, taciturne, paresseux; mais ses facultés intellectuelles semblaient à peine atteintes. Il critiquait avec raison, discutait avec logique, mais voyait et montrait obstinément le mauvais côté des choses. Il y eut de légères attaques épileptiformes et des convulsions grimaçantes du visage après dix-huit mois environ de maladie, puis enfin des convulsions fréquentes, et un marasme auquel le malade succomba en peu de semaines.

Obs. VI. — Dans le sixième cas, il y eut attaques épileptiformes au début de la maladie. Puis les symptômes d'agitation maniaque se manifestèrent; en même temps, apparurent les signes physiques; enfin, assez rapidement, la vraie fonte paralytique, la démence accentuée. Le malade vécut encore deux ans, sans que reparussent les attaques convulsives. Il mourut après une attaque apoplectiforme, mais sans convulsions.

Tels sont les quelques souvenirs que je me permets de vous narrer brièvement. Les conséquences que j'en tire sont-elles justifiées? Elles tendraient à ceci :

Aussi longtemps que des symptômes sont d'ordre presque exclusivement mental, que la désorganisation des tissus n'est pas très avancée et ne porte que sur les couches les plus superficielles des circonvolutions frontales, les poussées congestives, en général, et celles en particulier qui provoquent les attaques épileptiformes, sont plus à craindre. Plus tard, les parties profondes sont atteintes, les couches superficielles plus désorganisées, et l'on a alors des symptômes physiques plus marqués et des manifestations plutôt paralytiques, les chances d'attaques épileptiformes tendant à diminuer.

La séance est levée à six heures.

CHARPENTIER.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.

Séance de juillet 1889.

Note sur quelques essais de suspension dans la paralysie générale et la mélancolie; par les Drs Friese et Régis. — J'ai déjà eu l'occasion de vous indiquer d'une façon sommaire les premiers résultats que M. le Dr Friese et moi avons obtenu de la suspension des malades atteints de paralysie générale. La nouvelle communication de notre collègue le Dr Lande me permet de vous dire ce qui a été fait depuis.

Nos suspensions chez les paralytiques généraux ont été pratiquées pendant un mois, du 5 avril au 5 mai. Elles ont porté sur douze malades. Nous nous sommes servis de l'appareil ordinaire, mais dans lequel la fronde occipito-mentonnière et les liens axillaires, au lieu d'être fixés, au même fléau, s'adaptaient à deux fléaux séparés, ce qui permettait de faire isolément ou simultanément de la suspension axillaire et de la suspension capitale. La séance durait en moyenne trois minutes, dont deux minutes de suspension axillaire et une minute de suspension mixte. Nous avions pensé à un dynamomètre enregistreur, mais nous ne l'avions pas encore adapté à l'appareil. C'était à vue d'œil et à l'effort de la main que nous mesurions la traction de la tête, la diminuant ou l'augmentant suivant l'attitude et l'état du sujet.

Sauf deux malades qui, après les deux premières séances, se sont refusés à continuer, l'un par mauvaise humeur ancienne et persistante, l'autre par suite d'une excitation survenue à ce moment, tous se sont prêtés volontiers à l'opération. La plupart même, en raison de leur optimisme morbide et de leur opinion exagérée de leur force, n'ont vu là qu'une occasion de mettre en évidence leur soi-disant vigueur.

Un fait bien digne de remarque, c'est qu'aucune des suspen-

©BIUM

sions, au nombre de plus de cent, que nous avons pratiquées, n'a été suivie d'accident, non seulement d'accident opératoire immédiat, mais encore d'attaques congestives, complication pourtant si fréquente dans le cours de la maladie et dont nous redoutions presque l'apparition. Il est vrai que toutes les précautions avaient été prises et que les expériences n'ont été faites qu'en présence même du Dr Friese, de son interne et du surveillant de l'Asile.

Le résultat le plus net de la suspension, chez les malades, a été l'accroissement de l'activité fonctionnelle, physique et mentale. Physiquement et dès la troisième ou quatrième séance, ils ont manifesté une plus grande souplesse et une plus grande agilité. L'effet a surtout été marqué chez les paralytiques plongés dans la torpeur, dont l'un, qu'il a fallu soutenir la première fois, s'est remis presque aussitôt à marcher.

Voici la note du Dr Friese le concernant :

Le 15 avril, D... est soumis à la suspension ; on l'amène péniblement en le tenant par les bras ; il se laisse arranger sans porter attention à rien. Depuis, on l'a suspendu tous les jours jusqu'à aujourd'hui 1er mai, pendant une minute au plus. Les résultats sont des plus remarquables. Dès la troisième suspension, il s'en allait seul dans sa section, en trébuchant il est vrai. Aujourd'hui il vient et s'en va seul facilement ; il nous aborde et nous quitte d'une façon polie, comme il en avait l'habitude au début de sa maladie.

Nous avons noté également, au point de vue somatique, une diminution notable des tremblements, de la difficulté de la marche, de l'embarras de la parole. Toutefois l'amélioration de ces symptômes était surtout marquée après la séance ; elle s'atténuait le plus souvent au bout de quelques heures.

Du côté intellectuel, les effets ont été les mêmes : les malades ont manifesté plus d'activité et surtout plus de loquacité. Ce qui nous a le plus frappés, c'est qu'au sortir de la suspension la plupart se mettaient à faire un récit du passé, comme se rattachant à une conversation antérieure, et sans délire marqué le plus souvent.

En résumé donc, nous avons observé chez nos sujets un accroissement de l'activité fonctionnelle, particulièrement appréciable chez les paralytiques à forme torpide. Chez certains, cet accroissement d'activité s'est augmenté peu à peu jusqu'à devenir une véritable excitation, ce qui nous a obligés de cesser chez eux la suspension.

©BIUM

En dehors des douze paralytiques généraux dont il vient d'être question, M. Frièse a soumis à la suspension un aliéné atteint de folie à double forme dans la période dépressive. Soit qu'il touchât à la fin de cette phase, soit que réellement le traitement ait aidé chez lui à la transformation, il s'est rapidement réveillé et ranimé au point de vouloir reprendre son travail. Voici la note le concernant prise dans l'observation médicale :

Le 26 avril, nous tirons S... du lit, où il est inerte, n'ayant pas bougé depuis plus de trois mois, et nous le soumettons à la suspension. Aujourd'hui 1er mai, il est manifestement plus actif, répond à nos questions et nous a même demandé de retourner à son travail de tailleur de pierres.

En présence de ces résultats, qui nous permettaient de conclure à une certaine action excitatrice de la suspension, nous devions nous demander si ce traitement ne serait pas, par suite, applicable aux aliénés atteints de lypémanie. J'ai commencé ces expériences depuis la première communication que j'ai eu l'honneur de vous faire et, bien qu'elles ne portent que sur deux malades, je crois devoir vous communiquer ces premières observations. Des deux malades, l'un, une femme, était atteinte de lypémanie puerpérale, avec demi-stupeur, mutisme, refus d'aliments, passivité absolue ; l'autre, un homme, de lypémanie hypocondriaque, avec torpeur générale allant presque jusqu'à l'immobilité.

En raison de la tendance au suicide qui existe plus ou moins marquée chez tous les lypémaniaques et pour agir avec toute la prudence nécessaire, j'ai dû modifier l'appareil. Il suffirait, en effet, qu'un individu suspendu par les aisselles et par la tête laissât brusquement aller ses bras, volontairement ou involontairement, pour qu'il se produisît un contre-coup dangereux et peut-être mortel du côté de l'axe cérébro-spinal. Il s'agissait donc d'enlever aux malades jusqu'à la tentation d'essayer pareille aventure. Pour ce faire et après plusieurs tâtonnements, j'ai remplacé la suspension axillaire par la suspension du tronc, faite au milieu du corps, au moyen d'une ceinture de gymnastique portant bretelles et s'adaptant au fléau destiné aux liens des aisselles (1). La ceinture, qui a une tendance à remonter

(1) M. Lande me signale un appareil de M. Pichery dont il est fait mention dans une leçon de Dujardin-Beaumetz (*Bull. gén. de Thérap.*, n° du 15 juillet 1889) et dans la composition duquel entre aussi une ceinture. Cet appareil est un appareil

©BIUM

le long du thorax pendant la suspension en raison du creusement de la cavité abdominale à son niveau, peut être maintenue en place au moyen d'un gros tube de caoutchouc à compression plus ou moins serrée. M. Gendron m'a fabriqué sur ces données un appareil qui, bien que susceptible d'améliorations, m'a déjà rendu les meilleurs services, et je tiens à le remercier ici de sa complaisance. Un dynamomètre ordinaire a été adapté cette fois au fléau qui préside à la suspension de la tête.

Je me suis aperçu en suspendant mes malades au moyen d'une ceinture par le milieu du corps que ce mode de suspension avait plusieurs avantages, que je tiens à signaler ici incidemment et dont on pourrait peut-être tirer parti. Le premier, c'est qu'on peut faire ainsi de l'élongation partielle. Supposez, en effet, un cas de tabes n'intéressant guère que la moitié inférieure du corps; la suspension par la ceinture suffira, aidée si besoin est d'une série de poids gradués attachés aux chevilles; de même on pourra faire porter un effort spécial sur la tête, sur les bras et plus isolément encore, sur un seul membre, une seule jambe ou un seul bras. C'est là, il me semble, en dehors de la suppression de tout danger résultant de la conformation de l'appareil, un grand avantage. Il en est une autre qui n'est pas non plus sans importance. En voulant étudier le pouls dans la suspension axillaire, je me suis aperçu que les pulsations étaient presque toujours altérées par la compression des anneaux sur le paquet vasculaire, souvent même au point de devenir à peine perceptible. Avec la suspension par la ceinture, au contraire, le pouls n'est en rien modifié et on peut le suivre avant, pendant et après l'opération.

Ce dernier avantage m'a permis de constater précisément chez mes deux malades que le pouls était notamment accéléré pendant la suspension. Chez la femme qui a été soumise à la suspension pendant douze jours, du 10 au 22 juin, le pouls m'a donné en moyenne, avant la séance ou à une heure quelconque dans la journée, de 104 à 128 pulsations; pendant la séance, de 138 à 172. Chez l'homme soumis à la suspension du 12 juin au 1er juillet, le pouls m'a donné en moyenne en dehors des suspensions, de 90 à 104 pulsations; pendant la suspension, de 100 à 116. Remarquons en passant combien

---

complexe, à l'aide duquel on combine à la fois la pendaison avec la gymnastique de l'opposant et qui ne peut en rien être comparé à celui dont je me suis servi.

©BIUM

ces chiffres sont élevés, surtout pour les lypémaniaques, chez lesquels on a noté, au contraire, dans la plupart des cas, un ralentissement du pouls.

La suspension semble donc avoir pour effet d'accélérer le pouls, ce qui concorde encore avec l'accroissement d'activité fonctionnelle que nous avons constaté chez les paralytiques. Cette accélération du pouls ne paraît pas d'ailleurs spéciale aux malades ; je l'ai retrouvée chez moi et chez d'autres personnes en pleine santé.

Les séances, chez mes deux mélancoliques, ont duré environ dix minutes, dont cinq à sept minutes de suspension isolée par la ceinture et trois à cinq minutes de suspension mixte avec un maximum de traction de 12 kilogrammes pour la tête.

Au bout de douze jours, chez la femme, et de dix-huit jours chez l'homme, j'ai dû cesser le traitement pour des raisons multiples, dont la principale est que, désirant pousser la prudence à l'excès, je me suis fait scrupule d'employer ce traitement chez des lypémaniaques sur qui la vue de l'appareil pouvait produire une appréhension fâcheuse et éveiller l'idée de supplice ou de suicide à laquelle ils sont si fréquemment sujets.

Au moment où j'ai cessé, l'état de la femme n'avait pas subi de modification appréciable ; quant à l'homme, il était sensiblement amélioré au point de vue surtout de l'état général ; il mangeait, parlait, marchait volontiers et en était venu à accepter de faire sa partie de dames ou de billard et même à copier et à traduire un ouvrage d'anglais. Auparavant, il était plongé dans une torpeur presque absolue.

Tels sont les premiers résultats de nos expériences. Nous ne nous illusionnons pas au point de penser qu'ils sont assez concluants pour juger la question et pour faire entrer d'ores et déjà la suspension dans le traitement de la paralysie générale et de certaines formes de folie. Mais peut-être y a-t-il quelque chose à tenter de ce côté et, jusqu'à plus ample information, nous pensons que la paralysie générale au début, surtout dans sa forme ascendante ou médullaire et ultérieurement dans sa forme torpide, est susceptible d'être plus ou moins heureusement influencée par la suspension. Nous pensons aussi que la lypémanie, principalement la lypémanie avec dépression marquée, pourrait être avantageusement modifiée par ce traitement.

Aussi, serions-nous heureux de voir ces essais poursuivis et continués par d'autres observateurs. Toutefois, et bien qu'il ne soit survenu aucun accident chez nos malades, nous croyons

©BIUM

devoir faire des réserves sérieuses sur l'emploi de la suspension chez les aliénés et recommander, si l'on y a recours, de se servir d'un appareil complètement inoffensif comme celui que nous avons adopté pour notre compte.

JOURNAUX ALLEMANDS

Neurologisches Centralblatt

ANNÉE 1886

(*Suite et fin*)

I. — *Contribution à l'étude de l'étiologie du tic convulsif;* par M. le Dr Otto Buss (numéro de juillet). — L'auteur fait remarquer que certains cas de tic convulsif sont rebelles à tout traitement, et doivent être vraisemblablement imputés à une lésion qui se dérobe à toute action thérapeutique. Tels sont notamment le cas rapporté par Schultze, dû à une compression du nerf facial par un anévrisme de l'artère vertébrale gauche, et celui de Rosenthal, dû à une tumeur de la base du cerveau.

L'auteur rapporte une observation personnelle de tic convulsif, dû à la compression du nerf facial par l'artère cérébelleuse postérieure anormalement développée. Cette artère était fortement athéromateuse à l'endroit où s'exerçait la compression.

Comme dans le cas de Schultze, des convulsions toniques dans la région du facial n'ont pas été observées, ce qui infirme l'opinion de Natanson, qui admet que l'irritation périphérique d'un nerf moteur provoque des convulsions toniques des muscles correspondants.

II. — *Paralysie par compression du bras gauche;* par M. le Dr Scheiber (numéro d'août). — Un ouvrier, après avoir dormi durant deux heures dans son lit, couché, comme d'habitude, sur le côté gauche, le bras gauche dans la flexion, la main sous la tête et le bras sous le thorax, a constaté au réveil que sa main gauche était paralysée et insensible. L'auteur désigne cette paralysie sous le nom de « *Schlaflähmung* », c'est-à-dire paralysie à somno. Le cas qu'il rapporte, et dans lequel tous les nerfs sensitifs et moteurs de l'avant-bras étaient frappés, est unique dans la littérature médicale; ordinairement le nerf radial, à raison de ses rapports plus directs avec l'os du bras, est plus spécialement

©BIUM

atteint. Du reste, dans le cas particulier, les symptômes étaient plus accusés dans le territoire du nerf radial. La contractilité électrique des muscles reste ordinairement normale dans les cas analogues. Ici, quoi qu'il n'y eût pas de réaction de dégénérescence, elle était quantitativement amoindrie dans le territoire du nerf radial ; circonstance qui, jointe à la durée (huit semaines) de la paralysie, et à l'atrophie peu accentuée, il est vrai des extenseurs, témoigne de la gravité de l'affection.

III. — *Contribution à l'étude des localisations cérébrales, par l'examen des dégénérescences expérimentales ;* par MM. les Drs Bianchi et d'Abundo (numéro de septembre). — Par la physiologie expérimentale, ces auteurs démontrent que l'opinion de Binswanger, qui prétend que les lésions corticales ne sauraient donner lieu à des dégénérescences descendantes, est erronée. Leurs observations ont porté sur des animaux ayant survécu jusqu'à deux ans aux lésions corticales pratiquées sur eux. Les phénomènes observés pendant la vie, ainsi que les résultats de l'autopsie et des recherches microscopiques, ont amené les auteurs aux conclusions suivantes :

1° Les fibres immédiatement placées sous l'écorce cérébrale n'ayant pas été lésées chez les sujets soumis aux expériences, la dégénérescence observée doit être attribuée à la lésion corticale.

2° La possibilité de suivre jusque dans l'écorce cérébrale les fibres dégénérées, prouve que ces fibres constituent, avec l'écorce en partie détruite, un système unique.

3° Contrairement à ce que prétend Wernike, le corps strié est en relation intime avec la zone motrice détruite, au moyen d'un système de fibres indépendantes du faisceau pyramidal.

4° Si le faisceau pyramidal est un faisceau moteur, le centre dont il émane ne saurait être qu'un centre moteur, comme l'établissent les lésions observées chez les chiens soumis à l'expérimentation.

5° Le centre moteur en question est la source réelle de la force nerveuse, et sa lésion produit du côté opposé des paralysies réelles.

6° Les chiens chez lesquels on ne détruit que le centre moteur, conservent leurs aptitudes intellectuelles et instinctives. Ils mangent bien et engendrent des générations épileptiques.

7° La compensation d'une partie des phénomènes consécutifs à la destruction de l'écorce cérébrale ne saurait être imputable au noyau caudé ou au noyau lenticulaire : l'hyperfonction ne pouvant coïncider avec l'hypertrophie et la dégénérescence.

©BIUM

C'est dans la suppléance de l'écorce cérébrale qu'il faut chercher l'application de cette compensation.

Les auteurs se réservent de démontrer que la destruction du lobe occipital, donne lieu à un ensemble de symptômes très différents de ceux que donne la destruction du centre moteur, et que les dégénérescences qui s'y rattachent suivent des voies autres que les faisceaux pyramidaux.

IV. — *Quelques remarques sur les rapports entre le tabes, la paralysie générale et la syphylis;* par M. le professeur A. Strumpell (numéro d'octobre).— La fréquence des rapports de cause à effet entre le tabes et la syphilis n'est plus contestable. L'auteur a constaté l'existence de ces rapports chez 61 tabétiques sur 100, et la proportion s'élève à 90 pour 100, s'il fait entrer en ligne de compte les cas où la syphilis sans être certaine, était au moins très probable; mais les faits particuliers sont encore plus significatifs que ces données générales. C'est ainsi que Berger a vu un vieillard syphilitique à soixante-dix ans, devenir tabétique à soixante-douze ans, et l'auteur, par contre, a vu atteints de tabes précoce (à vingt-quatre et vingt-six ans) des jeunes gens syphilitiques à l'âge de dix-sept et vingt ans. Chez la population féminine des cliniques, où la syphilis est plus fréquente que chez les femmes des classes élevées, le tabes est également plus fréquent; et chez ces dernières on trouve souvent en cas de tabes, soit des antécédents syphilitiques avérés, soit des présomptions (avortements répétés, etc.).

Quelle est la nature des rapports qui existent entre ces deux affections? Anatomiquement, le processus dégénératif du tabes ne saurait être comparé au développement de gommes syphilitiques, qui consiste dans la production de néoplasmes; mais cela n'autorise pas à nier les rapports entre les deux affections. Il y a là un phénomène particulier qui s'observe fréquemment dans les maladies infectieuses. Ne voit-on pas dans la diphtérie, des affections nerveuses consécutives, sans songer à attribuer ces affections à une invasion des nerfs lésés par les bacilles de la diphtérie? Dans ces cas comme dans ceux qui sont consécutifs au typhus, à la dysenterie, etc., il faut voir une action toxique exercée par un poison chimique dont les caractères nous sont inconnus, mais qui se produit sous l'influence de la maladie infectieuse (typhus, syphilis, diphtérie, etc.).

Les affections nerveuses post-diphtéritiques suivent, il est vrai, d'assez près l'affection causale et sont le plus souvent curables, tandis que le tabes apparaît souvent à une époque

©BIUM

bien éloignée des premiers accidents syphilitiques; mais cela ne prouve rien contre l'analogie que l'auteur fait valoir, dit-il; car, du moment que la syphilis est une affection chronique avec des *périodes latentes* telles que des accidents syphilitiques peuvent se produire cinq et même dix ans après la disparition des symptômes initiaux, il n'est pas étonnant que des phénomènes dus au poison chimique dont la syphilis est une condition de production, puissent apparaître tardivement, et constituer une maladie secondaire à nature d'autant plus maligne, que l'affection primaire n'est elle-même pas encore éteinte.

On ne saurait objecter l'impuissance du traitement antisyphilitique dans le tabes. Ce traitement. en effet, n'agit que sur l'agent organisé de la syphilis, et non sur l'agent toxique secondairement développé; aussi ce traitement doit être aussi impuissant dans le tabes post-syphilitique, que le seraient des badigeonnages du gosier dans une paralysie post-diphtéritique. Le seul effet palliatif que puisse avoir un traitement antisyphilitique dans le tabes consécutif pourrait provenir de l'action exercée sur la syphilis elle-même, d'où temps d'arrêt du tabes, à la suite du ralentissement dans la production de l'agent toxique.

Quant à la paralysie générale, l'auteur estime avec Möbius qu'elle est le tabes cérébral (c'est une question de localisation), et qu'elle peut au même titre que le tabes, et par un mécanisme identique, être produite par la syphilis. La cause de cette différence de localisation est aussi difficile à préciser, qu'il est difficile d'établir pourquoi, à la suite de la diphtérie, il survient tantôt une paralysie des muscles oculaires, tantôt une paralysie du larynx, tantôt une paraplégie, etc.

L'auteur estime comme certain que le plus grand nombre des cas de tabes et de paralysie générale sont d'origine syphilitique.

V. — *Contribution à l'étude de la localisation du réflexe rotulien, et remarques sur les dégénérescences des cornes postérieures dans le tabes dorsalis;* par le Dr Krauss (numéro d'octobre). — L'importance de la disposition du réflexe rotulien, au point de vue du diagnostic du tabes dorsalis n'est plus discutable. L'absence de ce réflexe serait, d'après Westphal, constante, même au début de l'affection. Erb, sans contester la valeur du symptôme, a observé trois cas, dont deux au début, avec persistence du réflexe rotulien; et Berger estime que dans les cas de tabes confirmé, le phénomène du genou persiste 2 à 4 fois sur

©BIUM

100. La valeur du symptôme étant incontestablement établie, il y a lieu de rechercher la localisation anatomique du phénomène.

Westphal l'attribuait d'abord à une lésion de la partie inférieure de la moelle dorsale et de la partie supérieure de la moelle lombaire. Depuis, il a précisé davantage, et a attribué la disparition du réflexe rotulien à la dégénérescence d'une partie de la zone radiculaire des cordons postérieurs, qu'il appelle « Wurzeleintrittszone », c'est-à-dire zone où pénètrent les racines des nerfs, et qui serait limitée au dehors par la substance gélatiniforme qui double le côté interne de la corne postérieure et par la communication des racines postérieures; en dedans par une ligne parallèle au système postérieur, et en arrière par la périphérie de la moelle. Westphal cite cinq cas à l'appui de sa thèse. Dans le premier, le réflexe rotulien avait persisté jusqu'à la mort, et la zone en question était intacte. Dans le second, elle était atteinte par la dégénérescence et le réflexe rotulien avait disparu vingt-deux jours avant la mort. Dans deux autres cas, les lésions étant plus accentuées, le réflexe avait disparu deux mois avant la mort, et enfin dans un cinquième cas, à une dégénérescence ancienne correspondait une disposition du réflexe rotulien remontant à cinq ans.

L'auteur a observé un cas où l'autopsie a révélé dans la zone radiculaire en question, des lésions plus anciennes et plus étendues à gauche, et le réflexe rotulien avait dans ce cas disparu quinze mois avant la mort dans le genou gauche et un mois seulement avant le terme fatal, dans le genou droit.

Quant à la dégénérescence des cordons postérieurs, l'auteur ajoute une remarque sur la plus grande intensité de la dégénérescence à la base des cornes postérieures de la moelle cervicale. Il a également observé trois fois la dégénérescence de faisceaux longitudinaux de fibres nerveuses dans le renflement cervical supérieur, à la base des cornes postérieures. Il estime qu'il s'agit là de fibres prolongées des racines postérieures. Sous ces réserves, il a pu, quant aux lésions des cordons postérieurs dans le tabes, vérifier les idées émises par Lissauer. (*Neurol. Centralb.* 1885, n° 11.)

VI. — *Sur un trouble précoce de la sensibilité dans la démence paralytique*; par M. le Dr Ziehen (numéro d'octobre). — Chez les paralysés généraux, une piqûre d'épingle parfaitement localisée par le malade au moment où elle est faite, souvent ne peut plus l'être sans erreur plus ou moins forte quel-

©BIUM

ques secondes après. Pareil fait ne s'observe pas chez les individus sains d'esprit, ou atteints de folie simple.

Il s'agit là d'une lésion de la mémoire des sensations dont l'auteur a constaté l'existence chez deux paralytiques au début, en l'absence de tout autre trouble de sensibilité, et avec cette circonstance particulière, que la lésion était plus accentuée d'un côté du corps.

L'auteur a également observé ce phénomène sur deux sujets sur lesquels il pesait de fortes présomptions de paralysie générale. Il sait bien que dans bien des cas de paralysie au début, le phénomène fait défaut, et que son absence n'a pas de valeur diagnostique ; mais par contre il estime que, dans les cas douteux, son existence peut éclairer le diagnostic.

Cette perte de la mémoire des sensations est, dit l'auteur, un phénomène complexe : de même que dans la paralysie générale, les fonctions motrices plus compliquées de la substance corticale sont les premières en souffrance ; de même les actes les plus compliqués de la sensibilité, notamment la mémoire pour la localisation des impressions, sont atteints en premier lieu.

VII. — *Du lieu d'origine des fibres de la commissure antérieure dans l'écorce cérébrale chez l'homme;* par M. le Dr Popoff, de Saint-Pétersbourg (numéro de novembre). — L'auteur, après avoir signalé les nombreuses contradictions sur l'origine corticale des fibres de la commissure antérieure, rapporte un cas qui, dit-il, est unique dans la littérature médicale et permet de trancher la question. Il s'agit d'un foyer de ramollissement s'étendant symétriquement dans la région occipito-temporale des deux hémisphères, et occasionné par un anévrisme de l'artère basilaire des deux artères occipitales. Ce ramollissement intéressant des deux côtés le gyrus lingualis jusqu'au point où cette circonvolution communique avec celle de l'hippocampe, ainsi que le côté interne de la circonvolution occipito-temporale, a amené une dégénérescence consécutive de presque toutes les fibres de la partie postérieure de la commissure antérieure du cerveau.

Quant aux autres circonvolutions du lobe occipital ainsi que celles du lobe frontal et du lobe pariétal, elles ne présentaient aucune lésion.

L'auteur estime qu'on peut en conclure que les fibres de la commissure antérieure servent surtout à relier les deux gyri-linguales, et qu'on ne saurait admettre qu'une partie importante de ces fibres a son origine dans le lobe pariétal.

©BIUM

Il ajoute que le cas qu'il rapporte confirme l'opinion de Charcot, qui nie l'existence de fibres partant du gyrus lingualis pour se diriger dans la moelle allongée. Si ces fibres existaient, on aurait dû, dans le cas cité, observer de la dégénérescence dans les pédoncules cérébraux.

A la suite de cette observation, Flechsig en rapporte une autre qui vient à l'appui des idées émises par Popoff. — Dans le cas de Flechsig, le ramollissement, tout en étant localisé aux mêmes circonvolutions que dans celui de Popoff, n'avait frappé que l'hémisphère droit; il avait eu également pour conséquence la dégénérescence des fibres de la commissure antérieure.

VIII. — *Un cas de paralysie générale compliqué de sclérose latérale amyotrophique;* par M. le Dr Zacher (numéro de décembre). — L'auteur rapporte un cas de paralysie générale où le cortège habituel des signes somatiques de cette affection s'est compliqué de paralysie spasmodique, d'abord des membres inférieurs et ensuite des membres supérieurs. A la fin, la contracture a disparu complètement dans les membres inférieurs, et aussi, quoique d'une manière moins complète, dans les membres supérieurs, sous l'influence d'une atrophie musculaire progressive. Si les cas de paralysie générale avec paralysie spasmodique et dégénérescence des cordons latéraux de la moelle sont fréquents, l'auteur estime que jusqu'à présent on n'a pas encore publié de cas se compliquant d'atrophie musculaire.

L'observation, intéressante au point de vue clinique, présente encore d'après l'auteur, un grand intérêt au point de vue anatomo-pathologique. L'autopsie, en effet, a révélé, outre les lésions cérébrales habituelles de la paralysie générale, des lésions médullaires et des lésions des nerfs périphériques. Dans la moelle, les cordons latéraux présentaient tous les caractères d'une dégénérescence atrophique dans la région dorsale et lombaire, ainsi que dans la région cervicale quoique à un degré moindre : l'atrophie, du reste, n'allait pas au delà du point d'entrecroisement des faisceaux pyramidaux.

Les cellules grises des cornes antérieures et les racines antérieures paraissaient respectées, ou du moins les altérations des cellules des cornes antérieures étaient peu accusées.

D'autre part, l'examen microscopique des nerfs périphériques a révélé que ces nerfs avaient également subi une dégénérescence. L'auteur estime que les lésions de la moelle doivent être considérées comme indépendantes des lésions de l'encéphale, vu qu'il y a solution de continuité entre elles.

©BIUM

Il estime que c'est la lésion des cordons latéraux qui a donné lieu à la paralysie spasmodique, et que la lésion plus tardive des nerfs périphériques a occasionné l'amyotrophie et la paralysie finale. L'auteur se refuse à admettre que l'amyotrophie puisse être imputable aux lésions des cellules grises des cornes antérieures, vu le caractère presque insignifiant de ces lésions, comparé à l'intensité de la dégénérescence dans les nerfs périphériques. Il fait remarquer à ce sujet, qu'il s'agit d'un cas qui a tous les caractères cliniques de l'affection décrite par Charcot et attribuée par lui à une lésion des cellules des cornes antérieures, mais qui s'en distingue au point de vue anatomo-pathologique, attendu que les cornes antérieures sont à peu près intactes, tandis que les nerfs périphériques présentent des lésions très accentuées.

ANNÉE 1887.

I. — *Mouvements anormaux du pied et des orteils, observés dans certaines affections nerveuses;* par le Dr Adolphe Strümpell (numéro de janvier).— Après avoir signalé autrefois comme un phénomène rare l'existence de certains mouvements du pied provoqués par la flexion de la cuisse dans certaines maladies nerveuses, l'auteur a pu se convaincre que ce fait, loin d'être une exception, est presque la règle.

Il l'a surtout observé dans des cas d'hémiplégie cérébrale, ou de paralysie spéciale spasmodique.

Dans ces conditions, le membre inférieur paralysé incomplètement, de manière à permettre encore l'exécution d'un mouvement de flexion de la cuisse, ne peut exécuter ce mouvement sans produire immédiatement l'extension forcée du pied et des orteils du côté malade, et quelquefois aussi du côté sain; et cela même dans les cas où la paralysie complète de la jambe rend impossible les mouvements volontaires du pied et des orteils. Il rapproche de ce phénomène celui de l'extension forcée des orteils, qui existe dans bien des cas de paralysie spinale spasmodique, avec cette particularité que l'extension des orteils qui disparaît dès que le membre est fléchi, de manière à ce que le pied repose à plat sur le lit, se reproduit dès que le malade étend la jambe, ce qui prouve que ces mouvements des orteils sont liés directement aux mouvements volontaires de la jambe.

©BIUM

L'auteur estime qu'on ne saurait encore expliquer ces faits d'une manière satisfaisante, mais qu'il faut reconnaître qu'ils autorisent à présumer l'existence de communications anormales qui relieraient, dans le sens transversal, des fibres nerveuses isolées à l'état physiologique.

II. — *Un cas d'idiotie par suite d'application du forceps;* par le Dr Koch (numéro de février). — F. K. est né avec une plaie à la tête due à l'application du forceps. Au dire de sa mère, il aurait eu des convulsions durant les trois jours qui ont suivi sa naissance. Il présente sur le pariétal gauche une cicatrice de 9 centimètres à peu près, allant de la suture coronale à la suture sagittale, d'avant en arrière et de bas en haut.

Dans la partie centrale, la cicatrice est fortement adhérente à l'os. Ses pupilles sont normales, le bras droit et la jambe droite sont paralysés, les mouvements du bras gauche s'exécutent bien, mais il y a de la faiblesse de la jambe gauche.

F. K. est idiot, son langage est bredouillé, il a tous les deux à trois mois des attaques d'épilepsie auxquelles il a succombé à l'âge de trente-trois ans.

L'autopsie révèle, sous la cicatrice mentionnée plus haut, une fracture consolidée du pariétal gauche.

La dure-mère est normale; la pie-mère présente des granulations nombreuses, elle est par endroits adhérente à la surface du cerveau et fortement épaissie. L'hémisphère gauche est plus petite, la surface cérébrale offre des deux côtés, mais surtout à gauche, de nombreuses indurations, dont quelques-unes ont le volume d'un noyau de cerise. La substance blanche du cerveau et la moelle n'offrent rien d'anormal. Poids du cerveau, 1,105 grammes. L'examen microscopique révéla la sclérose des parties indurées, avec disparition plus ou moins complète des fibres nerveuses.

Ce cas d'idiotie compliqué d'épilepsie peut incontestablement être imputé à la lésion produite par le forceps, dit l'auteur, et il ajoute qu'au point de vue cliniqne et anatomique, il se rattache aux cas de sclérose tubéreuse multiple décrits par Bourneville, Bruckner et Schüle, qui ont décrit les mêmes lésions. Bourneville, notamment, dit : « Les éléments nerveux font absolument défaut dans toute l'étendue des parties sclérosées. Le tissu de chacun des nodules tubéreux consiste essentiellement en une trame neuroglique excessivement dense, beaucoup plus épaisse dans les régions superficielles des circonvolu-

©BIUM

tions, que dans les régions profondes. » *Arch. de Neurol.*, I, p. 81 et 397.

Le processus, dit l'auteur, est le même, l'étendue des lésions varie, et en examinant tous les cas, on observe entre les lésions les moins accentuées et les plus graves, tous les degrés intermédiaires.

III. — *Un cas de folie circulaire avec lésion anatomo-pathologique;* par le Dr Wollerner (numéro d'avril). — Une femme, décédée à l'âge de soixante-quatorze ans, était internée depuis seize ans et présentait tous les caractères cliniques de la folie circulaire. La période expansive avec idées de grandeur alternait régulièrement tous les six mois à peu près avec la phase mélancolique avec idées de persécution ; la mort survint à la suite de marasme sénile.

L'examen microscopique du cerveau, faite au moyen des divers procédés en usage, a donné par tous les procédés des résultats concordants, consistant en un épaississement du tissu conjonctif dans la substance grise de l'encéphale, et notamment dans les couches les plus profondes de cette substance. Dans le tissu ainsi transformé, les petits vaisseaux étaient considérablement épaissis et réunis par faisceaux au milieu desquels on observait une prolifération anormale de noyaux à forme ovale réunis par groupes de 6, 8, 12, et atteignant, par l'étendue du champ du microscope, le chiffre de 280 à 320, au lieu de 110 à 150 observés dans les mêmes conditions pour les tissus voisins non atteints par le processus pathologique. L'auteur a pris les plus minutieuses précautions pour éviter toutes les causes d'erreur, et le fait que les lésions observées par lui étaient disséminées au milieu de territoires restés intacts, démontre, à son avis, qu'on ne saurait imputer ces lésions aux manipulations auxquelles les préparations ont été soumises. La substance blanche ne présentait pas de changement appréciable.

Il y a donc là, dit l'auteur, un cas de psychose simple offrant dans toute l'étendue de l'écorce cérébrale le caractère d'un épaisissement du tissu conjonctif avec prolifération cellulaire, et, comme jusqu'à présent on a considéré la folie circulaire comme un trouble fonctionnel sans substratum anatomo-pathologique, la publication de ce cas peut n'être pas sans intérêt.

IV. — *Contribution à l'étude des rapports entre la paralysie générale et la syphilis;* par le Dr Ziehen (numéro de mai). —

©BIUM

L'auteur, en parcourant les observations de 1,500 aliénés traités à l'asile d'Iéna, a pu se convaincre que le nombre des aliénés paralytiques, abstraction faite de tous les cas douteux, était de 113 : 100 hommes et 13 femmes. L'âge moyen au moment de l'admission de ces aliénés paralytiques est de trente-neuf ans et demi pour les hommes, de quarante-cinq ans pour les femmes. L'influence de l'hérédité a été constatée dans la proportion de 45 p. 100, celle de l'alcoolisme dans la proportion de 18 p. 100. Quant à la syphilis, on constate son existence chez les aliénés paralytiques (hommes) dans la proportion de 33 à 43 p. 100; chez les femmes, cette proportion serait de 30 à 46 p. 100. Chez les aliénés non paralytiques, au contraire, il n'y aurait que 1 1/2 à 13 p. 100 d'individus atteints de syphilis.

Il résulte de ces données que la syphilis, loin d'être la cause unique de la paralysie générale, joue dans l'étiologie de cette affection un rôle moins important que l'hérédité; mais tandis que l'hérédité prédispose aux affections mentales d'une manière générale, la syphilis prédispose spécialement à la paralysie générale.

L'hérédité imprime parfois à la périencéphalite un caractère clinique spécial (allures paralytiques avant l'éclosion de la maladie, marche lente), tandis que la paralysie générale d'origine syphilitique n'a aucun caractère distinctif. Si elle est plus souvent compliquée de paralysies des muscles oculaires, celle-ci précède souvent l'affection mentale, et ne paraît pas directement liée à elle. Un cas de paralysie à forme circulaire typique a été observé par l'auteur chez un aliéné exempt d'antécédents héréditaires.

Quant au traitement mercuriel, l'auteur l'a employé chez huit paralytiques, et a observé chez six d'entre eux des rémissions durant plusieurs mois. L'iodure de potassium aurait amené des rémissions dans la moitié des cas seulement. Enfin, à défaut de tout traitement spécifique, des rémissions de courte durée auraient été observées dans la proportion de 20 p. 100.

On sait combien est peu efficace le traitement spécifique même dans les cas avérés de syphilis cérébrale une fois que la lésion, primitivement réduite à un foyer, s'est compliquée d'une lésion diffuse de l'écorce; aussi ne saurait-on se baser sur l'impuissance du traitement spécifique pour contester le rôle que joue la syphilis dans la genèse de la paralysie générale.

V. — *De l'antipyrine comme médicament anti-épileptique;*

©BIUM

par le Dr Salm, de Strasbourg (numéro de juin). — Lépine et Charcot ont employé avec succès l'antipyrine contre les douleurs lancinantes des tabétiques.

Dujardin-Beaumetz reconnaît à ce médicament la propriété de diminuer l'excitabilité de la moelle épinière, il l'a employé dans l'épilepsie, et aurait vu, sous l'influence de cette médication, les crises convulsives disparaître chez un malade souffrant du haut mal depuis l'âge de deux ans.

Ce traitement a, en conséquence, été institué dans le service du professeur Jolly, à Strasbourg. Sur onze épileptiques traités, aucun n'a été guéri, ni même soulagé. Le nombre des crises a diminué chez les uns, augmenté chez les autres, sans qu'il soit possible d'attribuer l'un ou l'autre de ces faits à l'action de l'antipyrine, attendu que les mêmes variations s'observent en l'absence de toute médication.

Le traitement ayant duré à peu près un mois avec des doses de 1 gr. 25 à 2 gr. *pro die*, on a observé comme phénomène accessoire une cyanose assez marquée chez tous les malades et une coloration foncée de l'urine. On a cru pouvoir attribuer ces phénomènes à la production de la méthémoglobine dans le sang ; mais l'analyse faite au milieu et à la fin de la période de traitement a démontré l'absence de cette substance dans le sang. L'état général des malades, mêmes les plus cyanosés, n'a pas été modifié d'une manière sensible par l'usage de l'antipyrine.

VI. — *Guérison d'un cas de démence aiguë* ; par le Dr Otto Dornbluth (numéro de juin). — Un garçon de quinze ans, enfermé accidentellement dans un clocher, se sauve par une fenêtre, fait une chute sur la tête, et, plusieurs semaines après, tombe dans un escalier. Son état mental, à la suite de ce double accident, fut gravement atteint. Il répondait à peine aux questions posées, recherchait l'isolement, regardait le plafond constamment d'un air hébété, eut des émissions involontaires d'urine.

La première chute avait eu lieu en janvier 1885; admis à l'asile de Bunzlau au mois de mai, le malade paraissait absolument inerte quand on ne s'occupait pas de lui ; on pouvait à grand'peine lui arracher un oui ou un non. On combattit la constipation opiniâtre à laquelle il était sujet. Au bout d'un mois, l'intelligence commença à se réveiller un peu ; le malade ne parlait pas encore, mais prenait part à des exercices d'écriture. Au mois de juillet, il y eut même quelques symptômes d'excitation, et au mois d'octobre la guérison fut com-

©BIUM

plète. L'enfant, en ce moment, attribua sa maladie à sa chute dans l'escalier ; il rendit compte de son état, il raconta notamment qu'il ne pouvait plus parler, et devait se borner à répondre par des signes de tête aux questions de son père. Quand il lui arrivait de parler, dit-il, il disait autre chose que ce qu'il aurait voulu dire, s'en rendait parfaitement compte, mais n'y pouvait remédier.

Il y a donc eu de la paraphasie. L'auteur estime qu'il s'agissait là d'un cas de « démence aiguë curable », et ce diagnostic a été justifié par l'heureuse issue de la maladie.

VII. — *Un cas de surdi-mutité chez un hystéro-épileptique ;* par M. le Dr Mendel (numéro de septembre). — Un jeune homme de vingt-huit ans, à la suite de coups reçus sur l'épaule droite, éprouve dans le bras droit des douleurs, de la faiblesse et du tremblement. Douze ans plus tard, il survient des accidents convulsifs dans le membre supérieur droit, et vingt ans après le traumatisme auquel ces accidents sont imputés, on observe également de la contracture du membre supérieur gauche : contracture à marche intermittente, et se manifestant pendant plusieurs semaines tous les jours, de six heures du soir à minuit. Enfin, en 1886, c'est-à-dire vingt-deux ans après les premiers accidents, survient une surdi-mutité qui, après avoir duré quinze jours sans interruption, prend également un caractère intermittent ; de telle façon que le malade n'entend et ne parle que trois heures par jour, et le reste du temps est absolument sourd et muet.

Sous l'influence d'un traitement consistant en applications d'aimants sur le bras droit, hypnotisation et suggestions, électrisation par des courants constants de peu d'intensité, la période de surdi-mutité devint de plus en plus courte, et au bout de vingt jours le malade avait récupéré l'usage de la parole et de l'ouïe d'une manière complète : les accidents convulsifs et la contracture avaient également disparu. Rentré dans sa famille, le malade fut bientôt sujet à de nouveaux accidents convulsifs et devint de nouveau muet, mais l'ouïe resta intacte.

L'auteur, après avoir, par l'exposé des symptômes, établi que son patient est un hystéro-épileptique, rappelle que si les cas de mutité d'origine hystérique sont assez fréquents, les cas de surdi-mutité sont au contraire rares. Ball en a rapporté un dans l'*Encéphale* (année 1881, p. 15), et Delie un autre dans la *Revue mensuelle de laryngologie* (1886, n° 10). Quant à la

©BIUM

surdi-mutité à forme intermittente. elle n'avait pas encore été observée. Et cependant, l'état décrit par l'auteur était bien de la surdi-mutité et non pas de l'aphasie, de la cécité verbale, de l'aphonie ou du mutisme dépendant d'un état mental. Mendel cherche à expliquer le phénomène de la mutité par l'hypothèse suivante : il existerait des centres nerveux dont le rôle serait de combiner, de coordonner l'activité de différents nerfs, tels que le facial, le glosso-pharyngien, le nerf vague et l'hypoglosse, dans le but de traduire par des expressions orales les mots émanant du centre du langage. Une lésion de ces centres coordonnateurs empêcherait les mouvements associés qui sont nécessaires pour le langage articulé, et la mutité serait ainsi établie sans que le centre même du langage soit affecté, et sans que les mouvements de la langue ou des autres muscles soient gênés, abstraction faite des mouvements associés en question.

L'auteur estime que c'est peut-être dans le noyau lenticulaire qu'il faudrait chercher le siège de ces centres coordonnateurs. Quant à la marche intermittente de l'affection, il dit que dans l'état actuel, on ne saurait en donner une explication satisfaisante.

VIII. — *Signification de la mimique pour le diagnostic de la folie;* par M. le professeur Sikorsky (numéros d'octobre et de novembre). — On observe chez les aliénés deux catégories d'altération des mouvements de la face qui constituent la mimique. D'une part, le sentiment et la conscience peuvent être altérés chez les malades, et cette altération se traduit comme chez l'homme sain par l'expression des traits; d'autre part, on observe, chez les aliénés très souvent, certaines anomalies d'innervation de la face qui n'ont rien de commun avec la mimique, dont l'intensité est proportionnelle à celle de la maladie, dont la durée dépend de la durée de la folie et qui disparaissent avec la guérison, ou persistent dans les cas défavorables, comme un signe indélébile de l'incurabilité. Ces anomalies ont déjà été étudiées par Esquirol, Spielmann, Schüle, Duchenne, Darwin, etc. L'auteur a repris cette étude pour les différentes formes d'aliénation mentale.

Dans la *melancholia attonita*, l'auteur donne la description suivante de l'expression des traits : Dans les cas graves, les muscles de la face sont dans un état de rigidité qui n'a aucune signification mimique et donne au visage l'aspect d'un masque, ce n'est qu'exceptionnellement qu'on observe une expression de tristesse, de crainte, d'étonnement. Les muscles, innervés par

©BIUM

la branche inférieure ou cervico-faciale du nerf facial, sont dans l'état de relâchement, les angles de la bouche sont abaissés; celle-ci est à peine fermée et laisse s'écouler la salive, le sillon naso-labial est effacé, il y a prognathisme. Les muscles frontaux restent souvent contractés pendant plusieurs heures, ce qui donne lieu à des rides transversales et un aspect vieillot qui, chez les jeunes personnes, est d'autant plus frappant. La bouche, à cause de l'action prépondérante de l'orbiculaire des lèvres, est souvent rapetissée et s'élargit au moment de la convalescence. En cas d'excitations extérieures, on observe la contraction isolée des muscles frontaux, les muscles innervés par le nerf facial restant inactifs; ces contractions se font toujours avec une lenteur caractéristique.

Dans la manie, on observe la contraction désordonnée des muscles de la face, d'où il résulte des grimaces ne correspondant à l'expression d'aucun sentiment, ou au contraire exprimant simultanément des sentiments opposés. On observe surtout des plis à l'angle externe de l'œil, des plis horizontaux à la racine du nez, des plis verticaux au front et des plis de la paupière inférieure.

La démence apathique secondaire a pour caractéristique l'absence d'expression, la disparition des plis, qui ne sont marqués que par des lignes pigmentaires. S'il survient une émotion, le jeu des muscles se localise aux muscles frontaux, dont l'activité survit à celle des autres muscles, comme cela s'observe également chez certains paralytiques. Il y a en même temps abaissement du menton et de toute la tête.

Dans la démence secondaire et le délire systématisé, il y a bouleversement complet des traits, cet effet est généralement imputable aux altérations des muscles qui forment la partie moyenne et supérieure du sillon naso-labial; l'innervation de ces muscles amène un état de contracture qui peut donner à la figure cet aspect plein et grossier qui caractérise l'aliéné incurable, et qui, s'il se localise à l'élévateur de la lèvre supérieure et de l'aile du nez, amène une expression de douloureux malaise. Parfois l'expression ne rappelle celle d'aucun sentiment observé chez l'homme sain, cet esprit particulier est dû à la contraction simultanée du grand et du petit zygomatique.

Enfin, chez les dégénérés, l'auteur décrit trois types de mimique : le type frontal, caractérisé par la prédominance des muscles frontaux sur ceux innervés par la branche inférieure du nerf facial; le type labial, caractérisé par le développement

©BIUM

anormal de la lèvre supérieure qui devient le centre des mouvements émotionnels ; et en troisième lieu un type qu'il appelle le type « non différencié ou non disséqué » et qui a pour caractère principal une contraction prédominante des muscles qui élèvent la lèvre supérieure jointe à une action plus faible du grand zygomatique. Il en résulte que le rire, qui est dessiné par le grand zygomatique, est en même temps dénaturé par les muscles qui meuvent la partie supérieure du pli naso-lobial, de sorte qu'une expression de malaise se surajoute à l'expression de satisfaction. Dans ces cas, le rire devient un ricanement convulsif de peu de durée qui surprend l'auditeur, impressionne désagréablement son oreille, et est tout à fait caractéristique.

A propos de la valeur pathogénique de la mimique chez les dégénérés, l'auteur fait les rapprochements suivants : Le type frontal est propre au singe et s'observe aussi chez le nouveau-né.

Le type labial est propre aux races inférieures, et le type qu'il appelle « non différencié » rappelle la disposition qui existe aussi chez les races inférieures, chez lesquelles tous les muscles partant de la région orbitaire pour descendre vers la lèvre supérieure ne forment qu'un seul faisceau, ce qui entraîne le défaut de différenciation des mouvements de la mimique. Ces trois types observés chez les dégénérés seraient donc un indice d'une tendance vers un type régressif, autrement dit, tendance à la dégénérescence de l'organisme.

L'auteur estime que la signification clinique de ces signes n'est pas à négliger. Ce sont des symptômes objectifs qui sont souvent très précoces, qui peuvent être observés avant l'apparition des symptômes subjectifs et qui ne sauraient être dissimulés. Il termine en disant qu'après une longue gymnastique, il est arrivé à contracter volontairement, et alternativement à droite et à gauche, tous les muscles de la face isolément, sauf les muscles frontaux qu'il ne peut contracter que des deux côtés simultanément : cette dernière particularité s'accorde, dit-il, avec ce qu'il a dit de la différence et de l'indépendance qui existe entre les muscles de la face et ceux du front.

IX. — *De l'hypnotisme comme agent thérapeutique ;* par M. le Dr Richard Schulz (numéro de novembre). — L'auteur constate que malgré les résultats signalés par l'école de Nancy, et par Charcot et ses élèves, les médecins allemands n'ont pas jugé à propos d'avoir recours à la thérapeutique suggestive. Il estime que cette réserve est en partie

©BIUM

imputable à ce que les cas d'hystérie grave sont plus rares en Allemagne qu'en France et surtout qu'à Paris, et que les autres méthodes thérapeutiques assurent généralement en Allemagne la guérison. Ayant eu néanmoins à traiter un cas d'hystérie grave avec paraplégie, qui retenait la patiente au lit depuis deux ans, sans qu'aucun traitement eût amené une amélioration de son état, il se décida à avoir recours à la thérapeutique suggestive. Les résultats signalés par les auteurs français et ceux d'une séance d'hypnotisme où il se prêta lui-même à l'expérience et fut hypnotisé et mis en état de catalepsie par suggestion, l'amenèrent à vaincre l'indifférence avec laquelle la méthode suggestive est accueillie en Allemagne. Il en fut récompensé par un succès à peu près complet, comme il l'explique dans l'observation détaillée de sa malade qui, après deux ans d'immobilité à la suite de paralysie, marche aujourd'hui seule. Aussi n'est-il plus de l'avis de son collègue qui dans le « n° 37 *der deutschen médic. Wochensch.* » conseille aux médecins allemands d'accueillir avec une grande réserve la méthode de la thérapeutique suggestive.

X. — *De l'origine du noyau de la branche terminale supérieure du nerf facial;* par M. le Dr E. Mendel (numéro de décembre). — A la suite d'apoplexie cérébrale, on constate généralement une hémiplégie qui intéresse les muscles qui entourent la bouche et qui sont innervés par le facial, tandis que la fonction des muscles orbiculaire des paupières et frontal reste intacte, quoique ces muscles soient également innervés par le facial, et que, dans la paralysie d'origine périphérique, ils ne soient pas épargnés.

Ce fait connu depuis longtemps a été expliqué de diverses manières, tantôt par les anastomoses coexistant entre les noyaux du facial gauche et du facial droit, anastomoses qui en cas de lésion d'un de ces nerfs, rétabliraient la fonction par suppléance, tantôt par l'origine distincte des noyaux pour la branche inférieure et la branche supérieure du facial. Dans ce dernier cas, on admettait que les fibres de la branche supérieure du facial avaient leur origine dans le noyau de l'oculo-moteur externe; mais on n'avait pu le prouver. Cette preuve, l'auteur croit l'avoir donnée par la physiologie expérimentale. Ayant détruit chez des lapins et des cochons d'Inde, les muscles innervés par la branche supérieure du facial, et ayant plus tard sacrifié ces animaux, il a constaté dans tous les cas l'atrophie ou la disparition du noyau de l'oculo-moteur externe, non pas

©BIUM

dans toute son étendue, mais spécialement dans sa partie postérieure. Il en conclut que c'est là le noyau d'origine des fibres qui forment la branche supérieure du nerf facial. Dr AL. ADAM.

JOURNAUX ESPAGNOLS

Revista clinica de los hospitales (1889).

Hémianesthésie par lésion cérébrale; par le Dr Sinforiano Garcia Mansilla, médecin de l'hôpital général de Madrid. (Numéro de février.) — Homme, vingt ans, célibataire, profession de cordier. Mère morte à la suite d'attaques de nature indéterminée. Père bien portant. Six frères morts de diverses affections de la poitrine. Deux autres valides.

Jusqu'à trois ans, il a eu différentes maladies de l'enfance; à sept ans, il est pris de douleurs de tête, du ventre, avec vomissements, fièvre et convulsions fréquentes. Cet état dure deux mois, puis survient une attaque avec perte de connaissance pendant deux heures, qui laisse le côté droit paralysé et une anesthésie complète du même côté. En même temps, amaurose de l'œil gauche. Sous l'influence d'une médication et des eaux de Trilles, l'hémiplégie disparaît peu à peu. A vingt ans, le malade se présente dans l'état suivant : taille moyenne, embonpoint normal. Rien du côté des organes de la digestion, de la respiration, de la circulation et des fonctions génito-urinaires. Pas de douleurs. On constate un strabisme divergent de l'œil gauche avec amaurose complète. Pas de lésions des milieux ni du fond de l'œil.

État de la sensibilité. — Anesthésie complète du côté droit, exactement limitée à la moitié du corps, occupant la tête, le tronc, les membres, les organes génitaux, et intéressant la peau et les muqueuses. Le malade ne perçoit pas la forme des objets, ni l'état de leur surface, ni leur température.

Sens musculaire. — A droite, comme à gauche, il apprécie les poids de différents corps, conscience des mouvements des membres, de leur direction. Pas d'ataxie des membres inférieurs. La résistance du sol est perçue, mais non l'état de la surface.

Goût. — Abolition de la sensibilité tactile et de la sensibilité sensitive de la moitié droite de la langue.

Odorat. — Insensibilité complète de la narine droite, au contact d'un objet, aux essences et à l'ammoniaque.

Ouïe. — Surdité complète à droite, ouïe normale à gauche. Insensibilité du conduit auditif à droite.

©BIUM

Vue. — A droite, vision normale. A gauche, strabisme divergent et amaurose.

Motilité. — A droite, la force musculaire est un peu diminuée, tant au membre supérieur qu'au membre inférieur.

Pas de troubles intellectuels, mais intelligence peu développée.

L'auteur pense que c'est dans le centre encéphalique qui préside à la sensibilité du côté droit qu'il faut chercher la raison de cette hémianesthésie sensorielle et sensitive. Il établit le diagnostic différentiel de l'hémianesthésie hystérique et de l'hémianesthésie d'origine cérébrale. La première variable, parfois fugace, rarement complète, s'accompagne d'ischémie locale. La seconde est permanente, complète, et ne donne lieu à aucun changement de coloration des tissus ni de leur température.

La lésion siège évidemment dans l'hémisphère gauche. Admettant la localisation des impressions sensitives dans les couches optiques et la partie postérieure de la capsule interne, dans cette région que Charcot appelle le carrefour sensitif, c'est là qu'il faut placer les lésions qui tiennent sous leur dépendance les phénomènes décrits plus haut. Les mêmes lésions expliquent l'amaurose de l'œil gauche, en admettant le double entrecroisement des fibres nerveuses qui vont constituer les nerfs optiques.

Il ne s'agit pas ici d'une hémorragie cérébrale, comme dans les cas de Turck et de Rosembach. Les symptômes qui ont précédé l'apparition de ces troubles doivent faire admettre l'existence, à cette époque, d'une méningo-encéphalite basilaire. Celle-ci a produit les lésions destructives (ramollissement, sclérose, etc.), dans l'hémisphère gauche avec hémiplégie et hémianesthésie droite. Les régions du corps strié (centre de perception motrice) ont été moins atteintes. C'est pourquoi l'hémisphère a disparu graduellement. Ce fait plus complet que ceux déjà cités par Abercrombie, Andral, Turck, Charcot, Rosenthal, Magnan, etc., démontre que l'hémianesthésie n'est pas toujours le fait de l'hystérie, que les lésions cérébrales peuvent déterminer l'anesthésie de la face. Il vient à l'appui de cette opinion de Charcot qu'il n'existe pas de loi quant à la distribution des désordres de la sensibilité, que si, ordinairement, les anesthésies sensorielles siègent du même côté que l'anesthésie sensitive, il arrive que l'amaurose siège du côté opposé.

Dr Ph. Rey.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

Maladies du cœur et des vaisseaux. Artério-sclérose, aortites, cardiopathies artérielles, angines de poitrine, etc. Leçons de thérapeutique et de clinique médicales ; par le Dr Henri Huchard, médecin de l'hôpital Bichat. 1 vol. in-8° avec fig. dans le texte et 4 planches chromo-lithographiées. Paris, 1889. Oct. Doin, édit.

Dans le numéro de juillet 1883 des *Annales*, nous rendions compte de la deuxième édition du *Traité des névroses* d'Axenfeld, publiée par le Dr Huchard. Depuis lors, notre savant confrère et ami est revenu à ses premières amours, c'est-à-dire à l'étude des maladies de cœur, qui lui avait déjà valu des succès si mérités dès l'époque de son internat des hôpitaux de Paris; mais il y revenait après une plus longue expérience acquise dans la pratique journalière de son service d'hôpital, avec une érudition plus étendue et une richesse d'observations peu commune.

Quelle que soit l'importance attachée en médecine mentale aux affections cardiaques, considérées par les uns comme une complication fréquente, par d'autres comme une cause de folie, ce ne serait certes pas le lieu d'appeler l'attention de nos lecteurs sur un traité des maladies du cœur et des vaisseaux, si ce volume ne contenait des recherches du plus haut intérêt pour ceux qui s'intéressent à l'étude des névropathies cardiaques, et en général à celle des relations qui peuvent exister entre les troubles des systèmes nerveux et vasculaire. A ce point de vue, certes, le livre de M. Huchard se recommande largement à l'attention de nos lecteurs, et nous n'en voulons d'autre preuve que les sujets suivants que ce savant observateur y a traités de main de maître.

On sait le rôle que joue l'artério-sclérose dans la pathogénie des affections du système nerveux, qu'il s'agisse de la moelle ou du cerveau ; on connaît la fréquence de l'artérite chronique dans la périencéphalite chronique diffuse : M. Borde-Pagès, dans sa thèse inaugurale (*De l'artérite chronique et en particulier de l'aortite dans la paralysie générale*, Paris 1887), l'a

©BIUM

établie comme une lésion constante dans cinquante-sept cas. Cette fréquence est plus grande encore dans l'alcoolisme et la démence sénile. Il importe donc d'avoir sur la question des notions exactes et précises. M. Huchard lui consacre sept leçons (de la neuvième à la seizième), nourries de faits et de théories — le tout discuté avec un grand sens clinique — et constituant un véritable traité sur la matière.

Après ces pages si suggestives sur l'artério-sclérose, il faut recommander aux neuropathologistes la lecture des leçons sur l'angine de poitrine. C'est là une question que M. Huchard a en quelque sorte faite sienne; il l'a étudiée sous toutes ses faces et l'a pour ainsi dire renouvelée. Il s'est tout particulièremeut attaché à bien distinguer l'angine de poitrine vraie des fausses angines de poitrine, distinction si importante au point de vue du traitement. L'auteur est ainsi amené à traiter successivement des angines de poitrine tabagiques, des angines de poitrine névrosiques (hystérie, goitre exophtalmique, irritation spinale, neurasthénie, épilepsie), enfin des pseudo-angines réflexes et toxiques. Dans ces dernières, il s'occupe surtout des angines consécutives à l'abus du thé ou du café. — Chacune de ces pseudo-angines est étudiée avec le plus grand soin, et le diagnostic différentiel en est établi dans des tableaux comparatifs de leurs symptômes respectifs avec la symptomatologie de l'angine de poitrine vraie.

Toute cette partie de l'œuvre, qui forme près de la moitié du volume, est d'une lecture très attachante; il n'est pas une page qui ne nous apporte quelque fait nouveau, quelque idée originale; on sent que le sujet a été creusé à fond, et par un observateur patient et sagace, qui a consacré un travail sans relâche, de près de vingt ans, pour approfondir les questions scientifiques si délicates, à la solution desquelles ses goûts et ses aptitudes l'attiraient si vivement.

Nous ne dirons rien des dernières leçons consacrées à la digitale et à la médication cardio-sthénique, sinon que les lecteurs y trouveront sur la manière de prescrire ce médicament des indications très précises, basées surtout sur l'observation clinique.

On ne saurait faire plus grand éloge d'un ouvrage scientifique qu'en indiquant les idées nouvelles qu'il contient. A ce point de vue, l'œuvre de M. Huchard est au premier plan parmi les publications médicales récentes. Mais elle possède encore d'autres qualités rares aujourd'hui, il faut le reconnaître, mais

©BIUM

que nous n'en prisons que davantage; ce sont d'une part, l'érudition étendue, exacte et précise, et d'autre part, le style clair, net et simple, ainsi qu'il sied à un livre de médecine, ce qui n'exclut ni l'élégance, ni parfois la finesse. La critique y est quelquefois vive, mais jamais malveillante; elle pique, mais ne blesse pas. Qu'on lise les trois premières leçons sur les indications thérapeutiques et on verra comment les questions les plus délicates peuvent être traitées avec esprit, comment certaines vérités arrivent à être dites sans offenser personne, et comment quelques anecdotes racontées à propos impriment bien dans la mémoire les idées les plus difficiles. On en conclura que l'auteur, s'il est un savant de premier ordre, est aussi un professeur habile et distingué.

ANT. RITTI.

Traité pratique des maladies mentales; par le Dr A. Cullerre, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Laroche-sur-Yon. 1 vol. in-12. Paris, J. Baillière et fils, 1889.

Les discussions récentes sur la folie héréditive ou des dégénérés, le délire des persécutions, etc., en ouvrant à nouveau le champ des investigations aux observateurs, créaient en même temps une lacune dans les traités divers de pathologie mentale, même les plus récents.

C'est cette lacune que M. Cullerre a eu pour but de combler et nous nous faisons un devoir de reconnaître qu'à notre avis, l'auteur a pleinement réussi dans sa tentative.

M. Cullerre est avant tout un vulgarisateur; ses publications bien connues du public médical le trouvaient tout préparé pour l'accomplissement d'une œuvre aussi ardue que celle de la publication d'un traité des maladies mentales.

Les lecteurs ne s'étonneront donc pas de trouver, au milieu d'aperçus nouveaux, un exposé clair et précis des notions les plus étendues de la science mentale en 1889.

L'auteur a doublé le mérite de son œuvre en la faisant profiter de ses qualités éminentes de médecin observateur.

Car le *Traité de maladie mentales* de M. Cullerre est pardessus tout un traité clinique; mais c'est en même temps un livre à la hauteur des progrès nouveaux et qui dénote une érudition qui n'étonnera guère ceux qui ont pu apprécier la tournure d'esprit et les qualités de travail qui sont le propre de notre distingué collègue.

©BIUM

Il n'en fallait pas tant pour assurer le succès de la nouvelle publication de M. Cullerre.

Dr H. Mabille.

La descendance des alcooliques; par le Dr F. Combemale. 1 vol. in-8°. Montpellier, 1888.

Les questions relatives à l'alcoolisme sont toujours d'actualité, et l'on accueille toujours avec empressement les travaux originaux susceptibles de faire embrasser d'un seul coup d'œil les principaux points de son histoire pathologique.

La descendance des buveurs a fait l'objet de nombreuses recherches; elles avaient besoin d'être condensées, complétées et en quelque sorte synthétisées de manière à former un corps de doctrine. C'est le but que s'est évidemment proposé l'auteur de ce livre que nous sommes heureux de présenter au public médical.

M. Combemale divise son livre en trois parties.

Dans une première partie, très importante, il étudie l'un après l'autre les deux éléments qu'il envisagera plus loin dans leurs combinaisons multiples et dans leurs différents modes de réaction : l'hérédité, puis l'alcoolisme. Il retrace avec la plus grande clarté les lois de l'hérédité (physique, psychique et pathologique) telles qu'elles sont établies maintenant d'après les travaux des naturalistes, des médecins, des anatomistes. Puis il refait, après tant d'autres, le tableau clinique de l'alcoolisme aigu et chronique, rappelle à grands traits les effets physiologiques et pathologiques de l'alcool en général, et les lésions imputables à ce poison, que l'on rencontre dans les différents systèmes. Cette première partie est un excellent travail de synthèse; elle n'a d'ailleurs aucune prétention à l'originalité. Il n'en est pas ainsi de la seconde.

L'auteur, partisan des doctrines transformistes, donne de la dégénérescence une définition toute moderne; c'est, en résumé, une succession d'atrophies partielles, aboutissant à l'amoindrissement et finalement à la stérilité. Suit un rapide exposé de l'historique des dégénérescences.

Démontrant à l'aide d'observations cliniques l'influence nocive de l'alcoolisme des parents sur leurs descendants, il recherche le mécanisme de cette action nocive pendant l'ivresse et dans le cours de l'alcoolisme chronique. Ce mécanisme relève

©BIUM

tout entier de l'acte de la génération, et par suite de l'état des générateurs au moment même de la conception. Tout se résume dans des altérations anatomiques ou fonctionnelles des organes génitaux que l'on rencontrerait communément chez les buveurs. L'importance de l'alcoolisme maternel est de beaucoup supérieure à celle de l'alcoolisme paternel.

Les effets de l'alcoolisme sur la descendance sont généraux et se manifestent « par une diminution en quantité et en qualité de la plupart des organes ». L'auteur étudie alors une à une et avec beaucoup de détails les différentes manifestations de la dégénérescence. Il est bon de remarquer que toutes les altérations signalées par l'auteur comme imputables à l'alcoolisation des ascendants ne sont pas pathognomoniques de la dégénérescence par alcoolisme, mais qu'on les observe encore comme expression de toutes les dégénérescences indistinctement, quelles qu'en soient les causes. Quoi qu'il en soit, on observe chez les fils d'alcooliques des altérations somatiques et psychiques : altérations somatiques consistant en difformités nombreuses, en une résistance physiologique qui subit une décroissance progressive jusqu'à la stérilité de l'espèce ; — altérations psychiques consistant dans une diminution rapidement progressive de l'acuité psychique dans tous ses modes : intelligence, sensibilité, volonté ; le type le plus complet, qui forme aussi le dernier terme de la série, est l'idiot, stérile au physique comme au moral. Au point de vue mental, le dégénéré se fait encore remarquer par une résistance moindre aux causes d'aliénation, par une tournure d'esprit spéciale, par des impulsions, des obsessions, phénomènes rangés sous le nom de *Syndromes épisodiques de la folie héréditaire*, par Magnan, dont M. Combemale accepte la doctrine.

Dans une troisième partie, l'auteur énonce quelques considérations très courtes et très générales, sur la responsabilité légale des fils d'alcoolisés, et sur la thérapeutique à appliquer à cette catégorie de dégénérés.

Cette thèse est un travail considérable, représentant de minutieuses et patientes recherches, et constituant le dossier le plus complet qui ait paru sur la question. Une courte analyse est impuissante à en faire ressortir la valeur. L'abondance des documents personnels, la multiplicité des recherches bibliographiques font du livre de M. Combemale une véritable encyclopédie fixant un point de la science et, pour ce fait, très utile à consulter.

Dr Legrain.

©BIUM

I. — *Contribution to the diagnosis and surgical treatment of Tumors of the cerebrum* (*Contribution au diagnostic et au traitement chirurgical des tumeurs du cerveau*) ; par R. F. Weir et E. C. Seguin, de New-York, 1888.

II. — *The relation between trophic lesions and diseases of the nervous system* (*Des lésions trophiques dans leurs rapports avec les maladies du système nerveux*) ; par E. C. Seguin, 1888.

I. — Ce travail a pour base l'observation d'un homme de trente-neuf ans, sans antécédents vénériens d'aucun genre, sobre, fumeur modéré, d'une bonne santé habituelle jusqu'en 1882. A cette époque, il eut les fièvres paludéennes, et pendant leur cours fut pris un jour d'épilepsie jacksonnienne dans la joue droite et le cou. Un an plus tard, seconde attaque ; une troisième l'année suivante. En 1885, le spasme gagna la main et le bras droit ; puis s'accompagna de perte de connaissance et de morsure de la langue. Entre temps, il se plaignait de céphalalgie. Sa mémoire diminua et la parole devint pâteuse. On put en même temps constater une légère déviation de la langue à droite, de la faiblesse de la main droite et un peu de paralysie dans les muscles de la partie inférieure de la face du même côté. La vision était normale; il y avait un peu d'exagération du réflexe patellaire droit et un peu d'anesthésie tactile à la joue droite. La thermométrie crânienne ne révéla aucune élévation de température dans la région psycho-motrice gauche, lieu supposé de la lésion.

Le diagnostic du Dr Seguin fut : tumeur cérébrale, probablement subcorticale, de nature sarcomateuse, affectant le centre des mouvements de la face, et partiellement celui du bras dans l'hémisphère gauche.

L'opération fut faite par le Dr Weir, et, dans la région ci-dessus désignée, on sentit profondément une tumeur dure et résistante qui fut extraite non sans quelque difficulté. C'était, ainsi que le montra l'examen histologique, un sarcome de la grosseur d'une amande, développé dans le centre ovale, à peu près à égale distance de la paroi ventriculaire et de la surface externe du cerveau, un peu en arrière du plan de la coupe pédiculo-frontale de Pitres.

Cinq mois après l'opération, il n'y avait pas trace de récidive, le malade était physiquement en bonne santé, mais avait conservé ses attaques jacksonniennes et un certain degré d'aphasie et d'agraphie.

©BIUM

Le Dr Seguin, à propos de cette observation, formule les règles du diagnostic des tumeurs cérébrales :

1° L'apparition successive de symptômes tels que céphalalgie, convulsions généralisées ou partielles, parésie, paralysie, anesthésie modérée, étranglement de la papille, hémianopsie, stupeur, coma, pouls lent, est l'indice presque certain d'une tumeur cérébrale.

2° Les troubles relevant des centres de l'écorce dont la physiologie nous a révélé la spécialisation fonctionnelle, permettent dans nombre de cas de faire le diagnostic topographique de la tumeur.

3° Les signes d'une lésion corticale ou épicorticale sont : spasme clonique localisé ; attaque épileptique commençant par le spasme local, suivie de paralysie ; douleur crânienne précoce et sensibilité locale exagérée ; élévation de la température locale. Ceux d'une lésion subcorticale sont : parésie locale ou hémiparésie suivie de spasme ; prédominance du spasme tonique ; absence ou peu de céphalalgie qui est tardive ; température locale normale.

4° La nature de la tumeur est pressentie d'après l'état diathésique de l'individu (tubercule, cancer, gomme syphilitique). Le diagnostic des autres espèces de tumeurs cérébrales est plus obscur et doit s'appuyer sur les données statistiques ; ainsi le sarcome s'observe entre trente et cinquante ans ; les cysticerques sont fréquents en Allemagne, etc. Quelques considérations sur le manuel opératoire que comporte l'extirpation des tumeurs du cerveau terminent cet important travail.

II. — Il existe deux classes de lésions trophiques, d'après le Dr Seguin :

1° Celles qui surviennent dans les régions dont la sensibilité est plus ou moins diminuée par la maladie nerveuse (sclérose postérieure de la moelle, blessure du même organe et des troncs nerveux) et qui sont exposées à l'action de traumatismes ou d'agents infectieux. Ce sont les ulcérations cutanées, la chute des ongles et des cheveux, les changements d'aspect de la peau et des ongles, les arthropathies, les fractures des os, les escarres profondes, diverses nécroses et beaucoup de lésions observées dans les organes creux revêtus d'épithélium (vessie).

2° Celles qui surviennent dans les régions profondes à l'abri des traumatismes ou des infections microbiennes à la suite de section des nerfs, de névrites, de maladies des cornes antérieures de la moelle. Ce sont des atrophies musculaires, quelques

©BIUM

lésions cutanées, herpès, zona ; et peut-être certaines altérations glandulaires.

Ces dernières sont seules à proprement parler, des *lésions trophiques* : « Ce sont des altérations histologiques causées directement et fatalement par la maladie nerveuse, sans l'intervention de causes accidentelles ou externes. »

Les premières n'ont aucun caractère de ce genre, car, avec quelques précautions, on peut les éviter ; les troubles dystrophiques sont très rares chez les ataxiques riches qui ne sont pas obligés de travailler.

L'auteur ajoute que d'ailleurs rien ne démontre l'existence des nerfs trophiques. Dr A. CULLERRE.

I. *Nervous affections following injury ; concussion of the spine, railway spine, railway brain* (*Des affections nerveuses consécutives aux accidents ; commotion de la moelle, troubles spinaux et cérébraux consécutifs aux accidents de chemins de fer*) ; par le Dr Philip Coombs Knapp, chargé de la clinique des maladies nerveuses à l'école de médecine de Harvard, médecin de Boston-city-Hospital.

(Extrait de « *The Boston medical and surgical Journal* » 1er et 8 novembre 1888.)

II. — *Some posthemiplegic disturbances of motion in children* (*De quelques troubles moteurs posthémiplégiques chez les enfants*) ; par le même.

(Extrait de « *The Boston medical and surgical Journal* » 22 novembre 1888).

I. — Parmi les désordres nerveux engendrés communément par les accidents et en particulier par les accidents de chemins de fer, le Dr Knapp rappelle : 1° les lésions des nerfs périphériques suivies ou non d'atrophie musculaire ; 2° les lésions définies de la moelle et de ses enveloppes, immédiates (fractures et luxations des vertèbres, hémorragies des méninges et de la moelle, ruptures de la pie-mère et hernies de la substance nerveuse, myélite aiguë), ou tardives (tabes, sclérose latérale, en plaques, diffuse ; atrophie musculaire progressive) ; 3° les lésions crâniennes et cérébrales (fractures du crâne, hémorragies méningées et cérébrales, méningite, ramollissements, abcès, tumeurs, troubles fonctionnels variés, épilepsie, paralysie agitante, chorée, paralysie générale, aliénation mentale).

Mais à côté de ces affections définies, il en est de plus obs-

©BIUM

cures où le diagnostic est souvent incertain et le pronostic décevant. A l'appui de cette opinion, l'auteur présente douze observations où, à la suite de chutes ou de traumatismes, les symptômes les plus divers ont été enregistrés, tels que : 1° Troubles cérébraux (céphalalgie, modifications de l'intelligence et du caractère, dépression, affaiblissement de la mémoire, tristesse, pusillanimité, etc.); 2° troubles du mouvement (faiblesse musculaire, parésie, tremblements, incoordination, troubles des réactions électriques et des réflexes tendineux) ; 3° troubles des sens (affaiblissement de la vue, diplopie, nystagmus, rétrécissement du champ visuel, anesthésies, hémianesthésies) ; 4° douleurs de la colonne vertébrale et des muscles dorso-lombaires, désordres gastriques, troubles de la miction, impuissance, etc.

A quelle affection rattacher des symptômes aussi variés ? A l'hystérie, à la neurasthénie, ou à la commotion de la moelle ? Pour le Dr Knapp, la commotion de la moelle n'est qu'une expression vide de sens. Quant à l'hystérie et à la neurasthénie, leur importance dans les cas de ce genre est beaucoup moindre qu'on ne l'a soutenu. Il croit plutôt, avec Oppenheim et Westphal, à une *psycho-névrose* complexe de nature incurable résultant probablement de lésions organiques disséminées (hémorragies capillaires multiples suivies d'inflammation et de petits foyers de sclérose).

Il admet donc : 1° des cas où les troubles nerveux sont exclusivement dus à des lésions organiques ; 2° d'autres où aux troubles causés par les lésions organiques viennent se joindre des troubles d'origine hystérique ou neurasthénique ; 3° d'autres enfin, où l'hsytérie et la neurasthénie sont seules en cause.

Parmi ces derniers, un groupe important comprend les troubles psychiques. L'émotion terrible éprouvée par l'individu victime d'une catastrophe de chemin de fer n'est pas de sitôt oubliée ; elle engendre une excitabilité nerveuse, de l'insomnie, des rêves terrifiants, des tremblements, des céphalalgies, des troubles de l'intelligence et de la conscience qui peuvent ne durer que quelques heures, quelques jours, mais aussi se prolonger des semaines et des mois.

Après quelques considérations sur le diagnostic et le pronostic de ces affections post-traumatiques, l'auteur résume sous forme de conclusions les principales propositions contenues dans son intéressant travail.

©BIUM

II. — A propos de trois observations cliniques, le Dr Knapp appelle l'attention sur certains troubles moteurs post-hémiplégiques peu connus, survenant chez des sujets atteints de paralysies cérébrales infantiles.

Il s'agit d'une forme mixte ne relevant ni de l'athétose, ni de la chorée post-hémiplégique, car les mouvements spontanés y sont rares. Le trouble moteur en question se produit surtout à l'occasion des mouvements volontaires. Il diffère aussi de l'ataxie post-hémiplégique de Grasset, en ce qu'il se complique d'éléments surajoutés à cette dernière. En somme, chez les sujets des trois observations, on constatait d'abord un *spasme tonique* de tout le côté paralysé, augmenté par les tentatives de mouvement faites non seulement par le côté paralysé, mais encore par le côté sain, ce qui constituait un véritable *mouvement associé* de la part du côté malade; enfin une *véritable ataxie* dans l'exécution des mouvements volontaires.

Ce triple symptôme : spasme tonique, mouvements associés, incoordination motrice, semble à l'auteur devoir constituer une forme spéciale de troubles moteurs post-hémiplégiques, devant prendre place à côté des autres formes connues (athétose, chorée, ataxie, paralysie agitante et pseudo-scléroses post-hémiplégiques). Elle ne lui paraît pas dépendre, comme semble le croire Gowers, d'une hémorragie méningée, mais bien, comme les autres phénomènes moteurs post-hémiplégiques, de lésions des tractus pyramidaux mettant obstacle à la naissance ou au libre parcours des incitations motrices corticales.

Dr A. Cullerre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— The family system in practice. A report of the condition of the « Boarded-out » insane in Massachussets. (De l'usage du système familial. Rapport sur la situation du pensionnat d'aliénés du Massachussets); par le Dr Henry R. Stedman. Broch. in-8° de 21 pages. Extrait de *The tenth Annual Report of the State Board of Lunacy and Charity.*

— Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1887; par Bourneville, médecin de Bicêtre, Sollier, Pilliet, Raoult, internes du service, et le Dr Bricon, conservateur du

©BIUM

Musée. 1 vol. in-8° de 263 pages avec 27 fig. dans le texte. Paris, 1888. Bureaux du *Progrès médical.*

— The medical jurisprudence of inebriety. Being papers read before the medico-legal society of New-York and the discussion theoreon. (La jurisprudence médicale de l'ivresse. Mémoires et discussions de la société médico-légale de New-York). 1 vol. in-8° de 183 pages. New-York, 1888, aux Bureaux du *The medico-legal Journal.*

— Troubles fonctionnels des sens et des sensibilités dans l'hypnotisme. Physiologie pathologique; par le Dr E. Mesnet, membre de l'Académie de médecine. Broch. in-8° de 12 pages. Paris, 1889. Imprimerie Ch. Blot.

— Note sur le temps de réaction chez les hystériques et chez les épileptiques. Note sur un cas d'impotence fonctionnelle chez un flûtiste; par Ch. Féré. Broch. in-8° de 12 pages. Extrait des *Comptes rendus de la Société de Biologie.* (Séances des 2 et 9 février 1889).

— La médecine nutritive en psychiatrie ; par le Dr François Semal, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Mons. Broch. in-8° de 18 pages. Extrait du *Bulletin de l'Académie royale de Bruxelles*, 1889.

— Les délits et les peines ; par le professeur Emile Acollas. 2e édit. 1 vol. in-18 cart. à l'anglaise. Paris, 1889. Librairie Ch. Delagrave.

— Observations faites sur les épileptiques à l'aide du sphygmomètre de M. Bloch ; par Ch. Féré. 3 pages in-8°. Extrait des *Comptes rendus de la Société de Biologie* (séance du 25 mai 1888.)

— Note sur la plus grande rapidité de l'élimination de certains médicaments par les urines à la suite de l'accès d'épilepsie. Note sur la fréquence de l'astigmatisme chez les épileptiques, par Ch. Féré. Broch. in-8° de 7 pages. Extrait des *Comptes rendus de la Société de Biologie* (séance du 24 novembre 1888.)

— Ueber Störungen der Sprache und der Schriftsprache. Für Aertze und Lehrer dargestellt (Des troubles du langage et de la parole écrite; à l'usage des médecins et des instituteurs); par le Dr O. Berkhan, médecin de la ville de Brunschwig. Broch. in-8° de 89 pages avec deux planches. Berlin, 1889. Hirschwald, édit.

— L'électrothérapie dans les maladies mentales; par le Dr Jules Morel. Broch. in-8° de 35 pages. Extrait du *Bulletin de la Société mentale de Belgique*, 1889.

— Etude médico-psychologique sur Shakespeare et ces œuvres, sur Hamlet en particulier; par le Dr Biaute, médecin

©BIUM

en chef de l'asile d'aliénés de Nantes. Broch. in-8° de 24 pages. Nantes, 1889. Vier. édit.

— Étude sur le dédoublement de la motricité volontaire en corrélation avec le dédoublement des hémisphères cérébraux : Droiterie. Gauchisme. Ambidextrie; par le Dr F. Nivelet. Broch. in-8° de 54 pages. Commercy, 1889. Cabane, libraire.

— Notes hématospectroscopiques sur les hystériques et les épileptiques. — Note pour servir à l'histoire de l'état mental des mourants. — Remarques sur les modifications de la composition du sang d'origine nerveuse, etc., par le Dr Ch. Féré. Extraits des *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*. Séances de février à avril 1889. Broch. in-8° de 13 pages.

— Un cas de sclérose en plaques avec localisation bulbo-protubérantielle et disparition complète de la plupart des symptômes après un sommeil prolongé d'au moins deux heures ; par le Dr E. Rolland, médecin des asiles « John Bost », de Laforce (Dordogne). Broch. in-8° de 19 pages. Bordeaux, 1889. Impr. G. Gounouilhou.

— Die Hallucinationen im Muskelsinn bei Geisteskranken und ihre klinische Bedeutung. Ein Beitrag zur Kenntniss der Paranoia. (Les hallucinations du sens musculaire chez les aliénés et leur signification clinique. Contribution à l'étude de la paranoia); par le Dr Aug. Cramer, premier assistant à la clinique psychiatrique de Fribourg-en-Brisgau. 1 vol. in-8° de 130 pages. Fribourg, 1883. J.-C.-B. Mohr, édit.

— Le surmenage intellectuel et les exercices physiques; par le Dr A. Riant, professeur d'hygiène à l'Ecole normale de la Seine. 1 vol. in-16 (312 pages) de la *Bibliothèque scientifique contemporaine*. Paris, 1889. J.-Baillière, édit.

— Untersuchungen über der Musiksinn der Idioten (Recherches sur le sens musical des idiots); par le Dr Wildermuth, de Stetten. Broch. in-8° de 8 pages. Extrait de *Zeitschrift für Psychiatrie*, t. 45.

— De l'hémiplégie dans quelques affections nerveuses (Ataxie locomotrice progressive, sclérose en plaques, hystérie, paralysie agitante); par Mlle Blanche A. Edwards, docteur en médecine, ancien interne provisoire des hôpitaux. 1 vol. in-8° de 169 pages. Publications du *Progrès médical*. Paris, 1889.

— Contribution to the diagnosis and surgical treatment of tumors of the cerebrum (Contribution au diagnostic et au traitement chirurgical des tumeurs du cerveau); par les Dr A.-F. Weir et E.-C. Seguin, de New-York. Broch. in-8° de 48 pages. Extrait du *The American Journal of the Medical Sciences*, juillet, août et septembre 1888.

— The relation Between trophic lesions and diseases of the

©BIUM

nervous system (De la relation entre les lésions trophiques et les maladies du système nerveux), par le Dr E.-C. Seguin, président de l'Association neurologique américaine. Broch. in-8° de 10 pages. Extrait de *The Journal of Nervous and Mental Disease,* sept. 1888.

— Die chirurgische Behandlung von Hirnkrankheiten (Le traitement chirurgical des maladies du cerveau); par le Dr Ernest de Bergmann. 2e édit. revue et augmentée, 1 vol. in-8° de 189 pages. Berlin, 1889. Aug. Hirschwald, édit.

— La Corse criminelle en 1888 ; par le A. Dr Bonnet. Broch. in-8° de 12 pages. Extrait de *la Rinascenza.* Naples, 1889.

— A Loucura. Estudos clinicos e medico-legaes (La folie, Études cliniques et médico-légales); par Julio de Mattos, médecin-adjoint de l'hôpital des aliénés de Conde de Ferreira. 1 vol. in-12 de 344 pages. S. Paulo, 1889. Texeira et Irmao, édit.

— Des prisons asiles pour criminels aliénés et instinctifs. Conférence donnée au jeune barreau de Bruxelles, le 25 avril 1889, par le Dr Semal, directeur de l'asile d'aliénés de Mons. Broch. in-8° de 57 pages. Bruxelles, 1889. Ferdinand Lanier, édit.

— Du rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme; par Paul Sollier, interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-18 de 215 pages, avec une préface du Dr Bourneville, médecin de Bicêtre. Paris, 1889. Aux bureaux du *Progrès médical*, et chez Lecrosnier et Babé, édit.

— Note sur la contraction idio-musculaire chez les épileptiques; par Ch. Féré et H. Lamy. Broch. in-8° de 8 pages. Extrait des *Archives de physiologie*, n° de juillet 1889.

— Gli orizzonti della psichiatria. Prelezione al corso di psichiatria (Les horizons de la psychiatrie. Leçon d'ouverture de cours de psychiatrie) ; par le Dr L. Bianchi, professeur de psychiatrie à l'Université de Palerme. Broch. in-8° de 70 pages. Extrait de la *Psichiatria.* Anno VI, 1888. Naples, 1889.

— Contribution à l'étude de la folie chez les vieillards; par le Dr L. Thivet, interne de la Maison nationale de Charenton. Broch. in-8° de 127 pages. Paris, 1889. Steinheil, édit.

— On medical advice regarding the mariage of subjects, with a personal or family hystory of insanity (Consultation médicale sur le mariage d'un individu avec l'histoire individuelle et familiale de la folie); par le Dr Henry R. Stedmann, de Boston. Broch. in-8° de 11 pages. Extrait du *Journal of nervous and mental disease,* n° de janvier 1889.

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

— *Faculté de médecine de Paris* : M. le Dr Klippel, François-Maurice, est nommé chef du laboratoire de la clinique des maladies mentales, en remplacement de M. Bellangé, démissionnaire.

— *Arrêté du* 19 *février* 1890 : Sont promus, à la classe exceptionnelle (8,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1er mars 1890, M. le Dr Pons, médecin en chef de l'asile de Bordeaux;

A la 1re classe (7,000 fr.), M. le Dr Mabille, directeur-médecin de l'asile de Lafond (Charente-Inférieure), pour prendre rang à partir du 1er janvier 1890, MM. Pierret, médecin en chef de l'asile de Bron (Rhône) et Frièse, directeur-médecin de l'asile de Larochegandon (Mayenne), pour prendre rang, à partir du 1er mars 1890 ;

A la 2e classe (6,000 fr.), M. le Dr Doursout, directeur-médecin de l'asile de Naugeat (Haute-Vienne), pour prendre rang à partir du 1er janvier 1890, et M. le Dr Schils, directeur-médecin de l'asile de Bourges (Cher), pour prendre rang à partir du 1er février 1890;

A la 1re classe de leur grade (3,000 fr.), MM. les Drs Rousset, médecin-adjoint de l'asile Saint-Robert (Isère), et Aubry, médecin-adjoint de l'asile d'Armentières (Nord), pour prendre rang à partir du 1er mars 1890.

— *Arrêté du* 26 *février* 1890 : M. le Dr Sérieux, ancien interne des asiles de la Seine, nommé au concours de l'adjuvat de décembre 1889, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Vaucluse, en remplacement de M. Brusque, décédé.

— Sur la proposition du Comité consultatif d'hygiène publique de France, le ministre de l'intérieur a décerné une médaille de bronze à M. le Dr Mabille, directeur-médecin de l'asile de Lafond, secrétaire du conseil d'hygiène du département de la Charente-Inférieure.

NÉCROLOGIE.

Professeur Westphal. — L'Allemagne vient de perdre un de ses médecins aliénistes les plus distingués ; le professeur

©BIUM

Westphal est mort le 27 janvier 1890 dans sa cinquante-septieme année.

Né à Berlin le 23 mars 1833, Charles-Otto-Frédéric Westphal y commença ses études médicales en 1851 ; puis il alla, selon les habitudes allemandes, passer quelque temps dans diverses universités de son pays et de l'étranger pour y suivre les leçons des professeurs en renom. De retour à Berlin, il fut, en 1857, nommé assistant de l'hôpital de la Charité, dans un service de varioleux; puis, en 1858, il passa, en la même qualité, au service des maladies mentales, où il eut pour maîtres Ideler et Griesinger. Privat-docent de psychiatrie à l'Université de Berlin, en 1861, il fut nommé professeur extraordinaire en 1869 et enfin, en 1874, professeur ordinaire de psychiatrie.

Westphal a publié un grand nombre de mémoires très importants sur la médecine mentale et nerveuse ; les principaux ont paru dans l'*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* et dans les *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, dont il était un des directeurs. Citons parmi ses travaux les plus connus, ceux sur l'agoraphobie, sur les obsessions, sur les maladies de la moelle, sur les relations qui existent entre les lésions du cerveau et celles de la moelle, etc. Westphal s'est tout particulièrement occupé de cette question; et ses recherches ont porté surtout sur les lésions de la moelle dans la paralysie générale.

Grâce à ses travaux, le regretté professeur de psychiatrie de Berlin laissera dans notre spécialité la réputation d'un savant consciencieux, qui a porté, dans toutes les questions qu'il a touchées, cet esprit clinique, cette patience dans les recherches anatomo-pathologiques, que nécessite surtout l'étude des maladies mentales et nerveuses.

Depuis longtemps, Westphal était atteint de troubles nerveux qui avaient nécessité l'emploi répété de la morphine. Comme trop souvent en pareil cas, il était devenu morphinomane et a fini ses jours dans une maison de santé. Voici les résultats de son autopsie, tels qu'ils ont été publiés dans le dernier numéro de l'*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* : Atrophie du cerveau antérieur et des cordons latéraux de la moelle. Le professeur de psychiatrie de Berlin n'est pas le premier médecin qui meurt de la maladie à la description de laquelle il a particulièrement attaché son nom.

Dr Laffitte. — Les *Annales* viennent de perdre un de leurs anciens collaborateurs. Le Dr Laffitte est décédé à Bordeaux, le 10 août 1889, des suites d'une douloureuse opération.

Laffitte, Numa, était né, le 17 décembre 1828, à Saurat (Ariège). Après avoir été successivement interne à l'asile de Blois et à la maison de Charenton, il revint à l'asile de Blois

©BIUM

en qualité de médecin-adjoint. Pendant quelque temps directeur-médecin de l'asile Saint-Alban (Lozère), il fut envoyé, en 1864, à l'asile de Lafond, près La Rochelle, en la même qualité. Après un séjour de trois ans dans cet établissement, il fut nommé, en 1867, directeur-médecin de l'asile de Rennes, et en 1879, il fut appelé à prendre la succession d'Auzouy à l'asile de Saint-Luc, à Pau. Laffitte était très apprécié comme administrateur. A Rennes, comme à Pau, il a marqué son passage par d'utiles réformes ; c'est lui qui a organisé à l'asile Saint-Luc le service de la boucherie qui donne d'excellents résultats, et les pensionnats hors classes qui peuvent rivaliser avec les meilleures maisons de santé.

Partout où il a passé, notre regretté confrère n'a laissé que d'excellents souvenirs. « A l'asile Saint-Luc, nous écrit son successeur, notre distingué collègue, M. Reverchon, il était aimé comme un père et le personnel s'est associé au deuil de la famille en faisant célébrer un service funèbre dans la chapelle de l'établissement. »

Le Dr Laffitte souffrait depuis longtemps d'une affection calculeuse ; il avait pris sa retraite en novembre 1886 et s'était retiré en son pays natal pour se soigner. Mais l'opération de la taille était devenue nécessaire ; il vint à Bordeaux pour la subir. Les suites en furent funestes. Notre confrère mourait après quelques jours de souffrance.

Collaborateur des *Annales*, le Dr Laffitte y a publié surtout des rapports de médecine légale très estimés et qui méritent encore d'être consultés. L'auteur y fait preuve de grandes qualités cliniques et d'un réel talent d'exposition.

Dr Danis. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Danis (Paul-Marie-Edouard), médecin directeur de l'asile de Saint-Dizier (Haute-Marne.)

Né à Gérardmer (Vosges), le 13 mai 1841, notre regretté collègue se fit recevoir docteur en 1864 et entra dans le service des aliénés en qualité de médecin-adjoint du quartier d'aliénés de l'hospice Saint-Nicolas du Port (Meurthe-et-Moselle). Il resta dans ces fonctions pendant dix ans, de 1868 à 1878. Nommé médecin-adjoint de l'asile de Bailleul, en juillet 1878, il fut envoyé, peu de mois après, comme directeur-médecin de l'asile de Saint-Alban (Lozère) ; il passa en la même qualité à l'asile de Saint-Venant en 1880, et enfin à l'asile de Saint-Dizier, en 1883.

Le Dr Danis est décédé le 27 décembre 1889, dans sa quarante-neuvième année. Il a laissé dans tous les postes qu'il a occupés le souvenir d'un médecin consciencieux et d'un administrateur habile.

A. R.

©BIUM

Dr Brusque. — Nous devons enregistrer une nouvelle perte pour notre spécialité. M. Brusque, médecin-adjoint à l'asile de Vaucluse, est mort prématurément en décembre 1889. Notre confrère, qui ne faisait partie des asiles que depuis cinq années, avait fourni auparavant une laborieuse carrière. Médecin de la marine pendant dix ans, il revint dans son pays natal (Vaucluse), où il fut entraîné par ses convictions sincèrement républicaines à participer à divers mouvements politiques. Porté trois fois au conseil général de son département, maire d'un canton important, il rendit de très grands services dont le souvenir restera toujours vivace. C'est au sein du conseil général où il s'occupait de l'assistance des aliénés, qu'il prit goût à notre spécialité.

Nommé, en 1885, médecin-adjoint à l'asile de Vaucluse, il n'a occupé que ce poste. Il s'y est particulièrement distingué en remplissant pendant longtemps les fonctions délicates de directeur intérimaire, où ses qualités d'administrateur prudent et intelligent se sont révélées. Il ne laisse malheureusement qu'un seul travail intéressant notre spécialité : deux observations de dégénérescence mentale avec coprolalie, communiquées à la Société médico-psychologique en 1889. M. Brusque y laisse deviner les qualités d'un esprit éminemment observateur. A ce titre, sa mort prive la science mentale d'un chercheur qui promettait beaucoup. Dr Legrain.

CONGRÈS ANNUEL DES MÉDECINS ALIÉNISTES FRANÇAIS

Le premier congrès annuel des médecins aliénistes français se tiendra à Rouen, le lundi 4 août 1890 et les jours suivants.

Nos lecteurs se rappellent que le projet de ces réunions périodiques a été adopté par le Congrès international de médecine mentale, sur la proposition de M. le Dr Lemoine, professeur à la Faculté de Lille. Bien plus, le lieu de la première réunion a été indiqué, et c'est Rouen qui a été choisi. Nos excellents collègues, MM. Delaporte, directeur-médecin de l'asile de Quatre-Mares, et Giraud, directeur-médecin de l'asile de Saint-Yon, ont été chargés de l'organisation de ce Congrès. C'est à eux que les médecins qui désireraient prendre part aux travaux de cette réunion devront adresser leur adhésion et les titres des mémoires qu'ils se proposent de communiquer.

Nous comptons sur le zèle de nos confrères pour implanter dans notre pays cet usage de Congrès annuels qui ont tant de succès chez nos voisins. A notre avis, il importe surtout de n'en pas faire de petits parlements où se discuteraient de grandes questions générales, mises d'avance à l'ordre du jour. Il est préférable de donner à ces réunions un caractère exclusivement scientifique et pratique. Donc, pas de longs discours,

©BIUM

mais des faits cliniques en grand nombre, suivis de courtes discussions. C'est le vœu que nous émettions ici même, en mars 1888; c'est encore le vœu que nous formulons à la veille de ce premier Congrès annuel auquel nous souhaitons le plus grand succès.

CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL DE BERLIN.

Le dixième Congrès médical international se tiendra à Berlin, du lundi 4 août au samedi 9 août 1890.

Nous relevons, dans les « statuts et programme », les indications suivantes : la cotisation des membres est fixée à 20 marks (25 francs), payables au moment de l'inscription. — Le Congrès comprendra dix-huit sections, dont une de névrologie et psychiatrie. Chaque membre voudra bien, en s'inscrivant, désigner la section ou les sections dont il désire faire partie. — Les langues officielles pour toutes les sections sont l'allemand, l'anglais et le *français*.

Le Comité d'organisation de la 9e section (névrologie et psychiatrie) est ainsi composé : MM. *Binswanger* (Iéna), *Emminghaus* (Fribourg), *Erb* (Heidelberg); *Flechsig* (Leipzig), *Fürstner* (Heidelberg), *Grashey* (Munich), *Hitzig* (Halle), *Jolly* (Strasbourg) et *Laehr*, secrétaire (Berlin-Zehlendorf.)

La question a été posée dans certains journaux de médecine, si les médecins français devaient assister à ce Congrès. Un grand nombre l'ont résolue par la négative. Nous croyons que c'est une erreur et nous partageons à ce point de vue l'opinion de notre ami, le Dr Huchard, qui, dans un excellent article de sa *Revue générale de clinique et de thérapeutique* (numéro du 23 janvier 1890), que nous croyons devoir reproduire en partie, engage vivement nos confrères à assister au Congrès de Berlin : « Les partisans de l'abstention systématique, dit-il, donnent des raisons basées sur le patriotisme, sur le silence affecté des auteurs allemands au sujet des travaux français, sur leur refus de participer à tous les Congrès scientifiques de Paris en 1889, sur la crainte que nous pouvons avoir d'être mal reçus, etc.

« Voici la réponse à ces objections : J'ai souvent combattu, à cette même place, contre une sorte d'internationalisme scientifique fait à nos dépens. Je ne suis donc pas suspect de tiédeur patriotique. Mais il y a des questions qu'il faut savoir toujours placer, je ne dis pas au-dessus, mais en dehors du patriotisme : ce sont les questions de science. Après tout, il faudrait encore discuter pour savoir si le courage et le vrai patriotisme ne consistent pas plutôt à aller affronter les luttes

©BIUM

scientifiques, qu'à les déserter. Comme grande puissance politique, la France ne manque jamais de prendre la parole dans les Congrès; comme nation scientifique, elle n'a pas le droit de se dérober ou de se taire dans un Congrès médical *international*. Du reste, qui sait? la science est peut-être la meilleure et la plus pacifique des diplomaties.

« Oui, le grief est trop souvent légitime. Un certain nombre de savants allemands affectent de garder le silence sur nos travaux. Est-ce une raison pour faire comme eux, et pour nous condamner au silence ?

« Oui, encore, le fait est vrai, les Allemands se sont systématiquement abstenus de paraître à nos Congrès scientifiques de 1889, comme ils avaient refusé de participer à notre Exposition universelle. Pourquoi les imiter, et ne sommes-nous pas, nous Français, en possession de notre libre arbitre ?...

« N'étant point dans le secret des Allemands, j'ignore pour ma part quelle réception nous sera faite à Berlin. C'est, du reste, là une question secondaire à laquelle notre dignité nous défend de nous arrêter. Il faut aller au Congrès de Berlin, d'abord parce qu'il est *international* et qu'il appartient ainsi aux médecins du monde entier, ensuite parce que nous avons le devoir d'y aller affirmer la vitalité de la science française. Là, est le vrai patriotisme. »

Pour nous, nous ignorons quels sont les sentiments des médecins aliénistes français sur la question ; mais nous nous permettons d'émettre le vœu que quelques-uns d'entre eux aillent assister au Congrès de Berlin pour y faire des communications et affirmer ainsi la vitalité de la psychiatrie française. Il y a plus. Il ne serait pas sans intérêt pour nous de mieux connaître l'organisation médico-administrative des asiles d'aliénés en Allemagne ; ils trouveraient une occasion excellente de l'étudier sur place dans ses plus petits détails, et comme « quiconque a beaucoup vu peut avoir beaucoup retenu », ils nous feraient connaître les résultats de leurs observations. Peut-être y trouverait-on quelques indications utiles pour la solution des problèmes que soulève chez nous la revision de notre législation sur les aliénés.

PRIX DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Dans sa séance du 28 décembre 1889, l'Académie royale de médecine de Belgique a entendu la lecture du rapport de la commission chargée d'apprécier les mémoires envoyés en réponse à la question du concours formulée en ces termes: (Prix fondé par un anonyme. — Valeur : 8,000 francs): *Elucider par des faits cliniques, et au besoin par des expériences, la pathogénie et la thérapeutique de l'épilepsie.*

©BIUM

Six mémoires ont été envoyés. Le prix a été partagé *ex-æquo* entre le mémoire n° 3, portant pour épigraphe : « *Qui nimium probat nihil probat,* » et dont l'auteur est M. le Dr H.-A. Hare, de Philadelphie (États-Unis), et le mémoire n° 5, qui a pour devise : « *Ordo lumen accendit,* » et dont l'auteur est M. J. Christian, médecin de la Maison nationale de Charenton.

Sur la proposition du bureau de l'Académie, la question de l'épilepsie est remise au concours en ces termes :

Prix fondé par un anonyme. — *Élucider par des faits cliniques, et au besoin par des expériences, la pathogénie et la thérapeutique de l'épilepsie.*

Ce prix sera de la valeur de 1,500 francs. Clôture du concours : 1er février 1891.

Des encouragements de 300 à 1,000 francs pourront être décernés à des auteurs qui n'auraient pas mérité le prix, mais dont les travaux seraient jugés dignes de récompense.

Une somme de 25,000 francs pourra être donnée, en outre du prix de 1,500 francs, à l'auteur qui aurait réalisé un progrès capital dans la thérapeutique des maladies des centres nerveux, telle que serait, par exemple, la découverte d'un remède curatif de l'épilepsie.

UTILISATION DE LA FIBRE DE COCO DÉCELLULOSÉE POUR LA LITERIE DES MALADES.

Sous ce titre, notre collaborateur, M. le Dr Hospital, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Clermont-Ferrand, publie dans le *Moniteur du Puy-de-Dôme* (n° du 22 octobre 1889) l'article suivant :

« Le *Moniteur du Puy-de-Dôme* ayant exposé, avec détails, les nombreuses applications de la fibre de coco et de la cellulose-amorphe qu'on en retire, nous n'y reviendrons pas. La fibre décellulosée conserve encore des propriétés précieuses, qui font qu'on en trouve facilement l'emploi ; elle se présente sous l'aspect de faisceaux, souples, élastiques, d'un rouge brun clair, sans odeur, et d'une indestructibilité prouvée par de nombreuses expériences.

J'ai pensé que cette fibre pourrait être avantageusement employée, tant chez le particulier que dans les établissements de charité, d'assistance, maisons de santé, de retraite, asiles d'aliénés, hôpitaux, hospices, campements, etc., comme *matière constitutive de lits.* Dans les cas de *gâtisme*, jusqu'à présent on a eu recours aux éléments suivants : paille, varech, goëmon, alfa, crins animal et végétal, phormium, fibres de tourbe, feuilles de chêne, peuplier, maïs, fougères, balle d'avoine, toutes

©BIUM

substances offrant, entre autres inconvénients, celui d'un usage éphémère et, par suite, d'un prix de revient élevé ; la fibre de coco étant inaltérable peut servir indéfiniment, elle présente sur la paille deux avantages incontestables : c'est de ne point piquer les doigts, d'où tournioles souvent longues à guérir et quelquefois dangereuses, et de ne point retenir de liquides, comme la paille, qui les pompe par capillarité dans ses tubes de chaume ; par cela même, elle offrirait moins de dangers de contamination et serait bien plus facile à désinfecter, soit par immersion, soit par autoclaves spéciaux. Enfin, les parties salies peuvent se nettoyer et resservir, il n'y aurait pour ainsi dire aucune déperdition. Les agents employés pour l'extraction de la cellulose n'étant pas chimiques, il n'y aurait à craindre ni fermentation, ni dégagements de gaz.

Après avoir réfléchi à toutes ces considérations, je me suis décidé à en faire part à M. Torrilhon, qui a mis aussitôt à ma disposition quatre sacs de fibres. J'en ai fait faire un lit à l'établissement d'aliénés de Sainte-Marie, à Clermont-Ferrand, pour une femme gâteuse, le 5 octobre ; ce lit était épais, doux, quoique résistant : la malade y a bien dormi ; le lendemain, le lit était à peine aplati ; il ne s'en exhalait aucune odeur ; les fluides avaient filtré, jusque dans la cuvette inférieure, par une sorte de route étroite sans se répandre dans la masse, comme pour la paille. A la quatrième nuit, la fibre avait subi un certain tassement, qui faisait qu'on pouvait l'enlever, pas masses discoïdes, facilement remaniables par le cardage à la main, ce qui ne peut se pratiquer pour la paille, qui, par contre, est plus propre au brassage. Chaque matin, on a constaté que le lit était chaud, et par conséquent, la fibre mauvaise conductrice du calorique, ce qui est une grande qualité pour sa nouvelle application. Il a suffi d'enlever la partie salie, et ce, en bien petite quantité, de la passer au lavage et au séchage, et de la remettre dans le lit, pour restituer à celui-ci ses qualités premières, les fibres ainsi nettoyées avaient repris leur apparence initiale. Donc, immense avantage, pas de déperdition, peu ou point d'usure. Quinze jours et nuits consécutifs d'essai corroborent ces précieuses propriétés.

En outre, plus de punaises ni puces à redouter ; une expérimentation en grand n'en apprendrait pas plus, et nous avons hâte d'instruire le public qui peut s'y intéresser, d'une nouvelle application si utile du produit polynésien. »

Comme complément à cet article, notre excellent confrère et ami nous envoie la note additionnelle suivante :

« Voilà près de trois mois que le lit de fibres sert à une démente-gâteuse, et il est aussi indemne qu'au commencement ; pas de poussière ni de tassement. Depuis, on a fourni ainsi

©BIUM

d'autres lits, dans lesquels on a fait coucher des personnes en état de pouvoir rendre compte de leurs sensations ; le résultat a été extrêmement favorable ; donc, l'expérience est maintenant concluante. L'établissement de Sainte-Marie, satisfait de ces expériences, va garnir au moins cinquante lits pour commencer. Chaque fourniture de lit revient environ au maximum de 3 francs. »

LES PROCÉDÉS DE TRANSFERT DES ALIÉNÉS.

Nous croyons devoir reproduire le fait suivant que nous trouvons dans le *Journal des Débats* (n° du 8 mars), avec les réflexions si justes qu'il inspire au rédacteur de ce journal :

« Un correspondant de l'*Echo de l'Est* écrivait dernièrement de Lille à ce journal :

« Je viens d'être témoin, avec un public nombreux, d'un « triste spectacle. Samedi dernier, par le train de 8 h. 40, est « débarqué à la gare d'Armentières un lieutenant de chasseurs « à cheval *en uniforme* entre deux soldats qui le gardaient de « près comme un malfaiteur. Il ne s'agissait cependant pas « d'un malfaiteur, mais d'un malheureux officier atteint « d'aliénation mentale et que l'on conduisait sous bonne escorte « à l'asile départemental. De l'avis de tous, rien de plus cho- « quant que de voir un officier de l'armée française, surtout « revêtu de l'uniforme et des insignes de son grade, sous la « surveillance étroite de deux simples soldats, — d'autant « qu'il n'est pas écrit sur sa figure qu'il est atteint de folie et « qu'on le conduit tout simplement là où on essayera de le « guérir. »

Notre confrère a tout à fait raison, et le fait qu'il signale est un véritable scandale, que l'autorité militaire avait pourtant vingt moyens d'éviter. On pouvait d'abord faire revêtir au malheureux officier la tenue civile, aujourd'hui autorisée, qu'il possédait sans doute comme tous ces camarades. On pouvait toujours le faire accompagner par un de ceux-ci, en tenant les infirmiers sur l'arrière-plan, ou bien encore, s'il était atteint de frénésie (ce qui ne semble pas le cas), par un médecin militaire en tenue, dont la présence eût empêché tout fâcheux commentaire. D'ailleurs, vu le peu de distance qui sépare Lille d'Armentières, le mieux eût été de conduire le pauvre lieutenant dans une voiture, — que l'on eût pu imputer au besoin sur sa solde, — au lieu de le faire voyager en chemin de fer et de l'exposer, en tenue, à la curiosité et peut-être aux rires du public. De toutes façons, il y avait lieu de s'y prendre avec moins d'indécence et de sans-gêne qu'on ne l'a fait, et si ce mode de transfert des militaires aliénés résulte d'instructions « de principe » émanées de la direction ministérielle compé-

©BIUM

tente, on ne peut qu'engager celle-ci à moderniser un peu ses procédés. — M. »

Nous n'ajouterons qu'un mot à ces réflexions si sensées; pourquoi ne pas faire à Lille ce qui se fait si bien à Paris. Lorsqu'un officier est pris d'une maladie mentale, il est conduit au Val-de-Grâce, d'où, après examen, il est transféré à la Maison de Charenton. Ce transfert est confié à des infirmiers et se fait dans une voiture d'ambulance.

FAITS DIVERS.

— Parmi les nominations au grade de chevalier de la Légion d'honneur, faites le 6 janvier 1890, nous croyons devoir reproduire la suivante :

M. Gérard (Charles), gardien de la paix du 15e arrondissement de Paris, ancien brigadier d'artillerie, entré dans le corps des gardiens de la paix en 1873; plus de vingt-cinq ans de services. S'est signalé maintes fois et a été blessé en accomplissant des actes de courage et de dévouement qui lui ont mérité trois médailles d'honneur, dont une en or; *a notamment exposé sa vie en se rendant maître d'un fou furieux et armé qui venait de blesser grièvement un autre gardien de la paix;* s'est également distingué par sa belle conduite lors de l'épidémie cholérique de 1884.

Interdiction de l'hypnotisme dans l'armée. — Par ordre de M. le ministre de la guerre, l'emploi de l'hypnotisme est interdit aux médecins militaires.

Asile pour les ivrognes. — On lit dans une *Lettre de Suisse*, envoyée au *Progrès médical* (n° du 15 février 1890), les renseignements suivants :

« J'ai reçu dernièrement, écrit le correspondant, M. A. Jaquet, le premier rapport sur l'activité de l'asile d'Ellikon (sur la Thur) pour la cure des ivrognes. Cet établissement, ouvert le 1er janvier 1885, a été fondé sous les auspices du professeur Forel, de Zurich, un des champions de la lutte contre l'alcoolisme en Suisse. Malgré ses débuts modestes, cet établissement peut être appelé à rendre de grands services dans un pays dont des districts entiers ont été ruinés et dépeuplés par le terrible fléau. En fondant l'asile d'Ellikon, on est parti de l'idée que, pour agir efficacement sur un ivrogne, il est nécessaire de l'arracher à son milieu ordinaire, pendant une période suffisante pour pouvoir le *désalcooliser*, pour lui rendre le goût du travail, et, par une éducation morale appropriée, lui rendre l'énergie et le courage moral nécessaire pour résister à la tentation. Le principe fondamental de l'établissement est celui de l'abstinence complète. L'économe et les employés de la maison

©BIUM

ne doivent pas boire d'alcool, afin de ne pas devenir un objet de tentation pour les pensionnaires. Ceux-ci doivent, en entrant, s'engager par écrit à rester au moins trois mois dans la maison, cette période minima étant absolument nécessaire à un traitement de ce genre. Pendant la durée de leur séjour, on cherche à les occuper suivant les aptitudes de chacun, mais autant que possible au grand air. Entre les heures de travail, l'économe et ses aides cherchent à agir sur les malades et à refaire leur éducation morale. Deux médecins sont chargés de la surveillance de l'établissement. Depuis son ouverture jusqu'au mois d'octobre, l'asile a hébergé trente-cinq pensionnaires. Au 1er octobre, 17 avaient quitté l'établissement, dont 7 complétement guéris, 7 améliorés, 2 sans changement et 1 atteint d'aliénation mentale. Jusqu'aujourd'hui, 9 ont gardé l'abstinence totale, 4 boivent modérément et 3 sont retombés. Ces résultats sont de date trop récente pour avoir grande valeur; ils sont néanmoins encourageants et donnent bon espoir pour l'avenir. Le prix de pension est de 600 francs par an pour les pensionnaires ordinaires et de 965 francs pour les pensionnaires ayant une chambre à part. Le rapport constate que tous ces malheureux sont volontiers à l'asile; ils arrivent au bout de peu de temps à reconnaître que c'est pour leur bien, et sept d'entre eux se sont même engagés à y rester une année entière. »

Une nouvelle Jeanne d'Arc à New-York. — *Le Temps* (n° du 1er mars 1890) emprunte au *Courrier des Etats-Unis* le récit suivant :

« On vient de conduire à l'hôpital de Bellevue, à New-York, une toute jeune fille, Mlle Annie Anderson, qui a perdu la raison. Elle s'imagine être Jeanne d'Arc et prétend que Dieu lui a confié la mission de sauver la France moderne; mais ce n'est plus des Anglais, naturellement, qu'il s'agit de délivrer notre pays; la jeune Annie ne rêve rien moins que de renverser la République française et de rendre à la famille d'Orléans le trône de ses aïeux. Depuis quelque temps déjà, ces chimères emplissaient la tête de Mlle Anderson; parfois elle formulait ses idées et exposait ses plans de campagne avec une exaltation de nature à inquiéter ses parents.

« Quand elle a appris l'arrestation à Paris et la condamnation du duc d'Orléans, la jeune fille s'est livrée à de telles violences qu'on a jugé prudent de la mener à l'hôpital. Là, dans le quartier des folles où on l'a placée en attendant son transfert dans un asile, elle dit à tout le monde qu'elle est Jeanne d'Arc, et elle fait d'interminables discours, comme d'après elle son modèle devait en faire. Tout en méditant le renversement de la République, elle ne se préoccupe pas d'aller en France pour accomplir sa prétendue mission. Son seul désir pour le mo-

©BIUM

ment, est d'avoir une armure resplendissante et une bannière fleurdelisée, et avec cela elle se fait fort de jouer auprès du duc d'Orléans le rôle qu'a joué Jeanne d'Arc auprès de Charles VII, quitte, après avoir sauvé la France, à mourir sur le bûcher comme la Pucelle d'Orléans. »

PRIX DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

Société française de tempérance. — La Société française de tempérance contre l'abus des boissons alcooliques a reçu de Mme Lunier une somme de mille francs, destinée à récompenser, sous le titre de : *Prix Lunier*, l'auteur du meilleur travail sur la question suivante :

« Quels sont les conséquences héréditaires de l'alcoolisme et de l'ivrognerie ?

Quels sont les moyens à prendre pour empêcher ces conséquences de se produire, ou pour en atténuer les effets ? »

Les candidats devront s'inspirer des travaux de Lunier sur l'alcoolisme. — La Société française de tempérance ne limite pas le champ des recherches et désire que l'étude des moyens propres à prévenir les conséquences de l'alcoolisme et de l'ivrognerie s'étende au moyens moraux, sociaux, thérapeutiques, etc.

Par exception, les travaux *imprimés* depuis moins de deux ans, au 1er janvier 1890, sont, au même titre que les *manuscrits*, admis à concourir.

Les manuscrits, portant le nom et l'adresse de leur auteur, les ouvrages imprimés, seront adressés au plus tard le 31 décembre 1890, à M. le Dr Motet, secrétaire général de la Société, à Paris, 161, rue de Charonne.

S'il y a lieu, le prix sera décerné en 1891.

Société médicale d'Amiens. — La Société médicale d'Amiens accorde, chaque année, une *médaille d'or* de 300 francs et le titre de membre correspondant, à l'auteur du meilleur travail sur un sujet désigné par elle. Voici le sujet du prix pour l'année 1890 : *De la simulation de la folie.*

Les mémoires doivent être manuscrits, n'avoir jamais été publiés et doivent être envoyés au premier secrétaire, avant le 31 mars de l'année.

Pour les articles non signés : ANT. RITTI.

2041. — Paris. Typographie Gaston NÉE, rue Cassette, 1.

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique.

Deux discussions à l'Académie de médecine de Belgique : les dangers des séances publiques d'hypnotisme et la création d'un asile pour les aliénés dits *criminels*. — L'enseignement de la médecine mentale dans les Facultés de droit. — Les écrits des aliénés et des épileptiques. — *A travers asiles. Notes et souvenirs d'un étudiant psychiatre;* par M. le Dr Ad. Buffet. — *Les névroses et le pessimisme;* par M. le Dr Albert Deschamps.

L'Académie de médecine de Belgique a consacré un grand nombre de ses séances des deux dernières années à la discussion de deux questions de la plus haute importance : les dangers des séances publiques d'hypnotisme et la création d'un asile pour les aliénés dits *criminels*. Il est utile d'en donner ici un rapide résumé et surtout de faire connaître les conclusions adoptées par la savante Compagnie.

Dans la séance du 28 janvier 1888 de l'Académie de médecine de Belgique, M. Rommelaere, secrétaire, a déposé la proposition suivante :

« L'Académie royale de médecine de Belgique, considérant que la pratique vulgarisée de l'hypnotisme en-

©BIUM

traîne souvent des accidents graves à sa suite chez les sujets et chez les assistants ;

« Considérant que les représentations de cet ordre sont la provocation publique d'un état morbide grave ;

« Appelle l'attention du Gouvernement sur la nécessité de mettre un terme aux abus qui résultent de cette pratique. »

Cette proposition fut renvoyée à une commission de cinq membres : MM. Boddaert, Crocq, Masoin, membres titulaires ; MM. Heger et Semal, correspondants. M. Masoin, rapporteur, communiqua son rapport à la séance suivante, celle du 25 février 1888.

Dans ce rapport d'une science profonde et d'une lecture attachante, M. Masoin fait ce qu'il appelle « le bilan de l'hypnotisme ». Il trace d'abord, et à larges traits, le tableau impartial de l'intérêt que présente l'étude de l'hypnotisme et des services qu'elle peut rendre ou qu'elle a déjà rendus ; puis, passant au véritable objet de son travail, il énumère les dangers, souvent redoutables, que peuvent faire courir les pratiques du magnétisme animal, aux personnes sur lesquelles on les exerce, et même à celles en présence de qui on fait de pareilles expériences. Aussi insiste-t-il surtout et avec raison sur l'inconvenance de ces exhibitions auxquelles courent surtout les individus impressionnables, nerveux, hystériques ou sur le point de l'être, « spectateurs nombreux dont l'organisme se trouvera dangereusement surexcité par la simple vue de ces phénomènes extraordinaires. » Et le rapporteur termine en proposant au vote de ces collègues la conclusion suivante : « La Commission, considérant que les séances publiques d'hypnotisme offrent des dangers pour la morale et la santé publique, estime qu'elles doivent être interdites par le législateur. »

La discussion a été longue — elle a duré huit séances

©BIUM

— et aussi très animée, comme on peut le constater par la lecture du compte rendu officiel des séances de l'Académie. Il nous est impossible de suivre pas à pas chacun des orateurs et de faire connaître les arguments qu'ils ont avancés en faveur de leur thèse. Signalons toutefois les discours très importants de MM. Lefebvre, Nuel, Crocq, Masoin, Semal, etc., qui ont étudié la question de l'hypnotisme, à des points de vue divers, mais avec une rare compétence et des aperçus nouveaux. Il y a là un ensemble de documents que ne manqueront pas de consulter ceux qui voudront se faire une opinion en cette délicate matière.

La discussion s'est terminée par l'adoption à l'unanimité, moins deux voix, de l'amendement suivant déposé par M. Rommelaere :

« L'Académie royale de médecine de Belgique, considérant les inconvénients et les dangers de la pratique vulgarisée de l'hypnotisme ;

« Estime qu'il y a lieu de solliciter de la Législature des dispositions tendant à :

« 1° Interdire les représentations publiques d'hypnotisme ;

« 2° Prévenir et réprimer les abus qui peuvent résulter de la pratique de l'hypnotisme. »

— La discussion sur les aliénés dits *criminels* a été provoquée à l'Académie de médecine de Bruxelles par une dépêche de M. le ministre de la justice, que nous avons reproduite dans les *Annales*, en même temps que le rapport de la commission chargée d'étudier la question (numéro de juillet 1889, p. 172).

Les débats ont commencé dans la séance du 29 juin juin 1889 et ont occupé quatre séances. Les principaux orateurs ont été MM. Semal, Lentz, Masoin, Miot et Vleminckx. Nous regrettons vivement de ne pouvoir analyser leurs discours, sur lesquels nous appelons

©BIUM

l'attention de nos lecteurs ; ils verront avec quelle hauteur de vue, quelle science et quel talent le sujet a été traité par nos confrères belges. Malgré quelques dissentiments — non sur le principe, mais sur les applications — l'accord s'est fait et voici les propositions qui ont été adoptées.

Et d'abord on a voté la nécessité d' « 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, pouvant, sans inconvénient sérieux, être affecté à la séquestration de tous les aliénés dangereux indistinctement. »

Quant aux individus à placer dans cet asile, ils sont indiqués dans la proposition suivante :

« Ces aliénés rentrent dans les trois catégories suivantes :

« *a*. L'aliéné qui a commis un acte réputé crime (vol, viol, homicide, incendie, pédérastie, etc.) ;

« *b*. Le condamné pour crime, devenu aliéné après sa condamnation ;

« *c*. L'aliéné déjà interné qui aura commis ou tenté de commettre un acte réputé crime.

« Il y a lieu de colloquer aussi dans l'asile spécial *tout aliéné* chez lequel un examen aura révélé 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. »

En ce qui concerne les aliénés, « sans tendances dangereuses, qui se trouveraient sous le coup d'une condamnation ou auraient été relaxés comme irresponsables », l'Académie conclut qu'ils ne sauraient être internés dans l'asile spécial, « si le délit est considéré

©BIUM

comme minime, c'est-à-dire comme ne portant pas une atteinte grave, soit à la vie, soit aux biens d'autrui, soit à la moralité publique. »

A la question suivante du ministre de la justice : « A l'aide de quelle définition scientifique les aliénés dangereux pourraient-ils être désignés dans un texte législatif? » l'Académie répond : « L'état actuel de nos connaissances psychiatriques ne permet pas de donner une définition scientifique de l'aliénation mentale dangereuse ; » mais elle admet que l'état actuel de nos connaissances psychiatriques permet d'énumérer les diverses catégories d'aliénés dangereux et criminels. Ainsi elle fait rentrer parmi eux les déments, « pour les attentats à la pudeur, qui témoignent toujours d'une perversité *active,* » mais non, « pour les outrages *inconscients* dus à la sénilité de leur auteur. »

Voici maintenant les deux dernières questions posées par M. le ministre de la justice, avec les réponses adoptées par l'Académie :

« 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?* » — « Il faut que les poursuites se rapportent aux faits réputés crimes indiqués dans la réponse à la première question. »

« 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? » — « Non ; ces rapports pourront être interdits. »

A ces réponses aux questions posées par M. le ministre de la justice, l'Académie a joint quelques propositions connexes, concernant les mesures d'exécution

©BIUM

Elles concernent la manière dont on devra établir « la qualification d'aliéné dangereux, comportant l'internement dans l'asile spécial, » et l'autorité « par qui la collocation dans l'asile sera prononcée ».

On voit par ce résumé, trop rapide à notre regret, avec quel soin, quelle intelligence du sujet, nos savants confrères belges ont étudié cette question des asiles d'aliénés dits criminels. Il y a tout lieu d'espérer que le Gouvernement de la Belgique, se rendant au vœu du corps médical, inaugurera bientôt le nouvel établissement désiré; peut-être alors la France imitera cet exemple, et appliquera des idées que les écrits et les discussions de ses aliénistes ont contribué à faire adopter dans les autres pays (1).

A notre époque où les questions de responsabilité et de pénalité sont soumises à la critique et étudiées à l'aide des méthodes nouvelles, il importe que les magistrats et les avocats possèdent quelques notions précises sur l'aliénation mentale. Il ne s'agit pas pour eux d'apprendre à poser un diagnostic — ce sera toujours là affaire de clinicien — mais d'acquérir quelques « clartés » sur la folie et ses symptômes; alors, peut-être, on n'entendra plus sortir de la bouche d'un avocat général cette assertion plus qu'étonnante, « qu'il n'y a aucun signe certain, ni physiologique, ni pathologique, de la folie. »

Les cours libres que, depuis quelques années, des médecins aliénistes ont inauguré dans les Facultés de droit sont destinés à rendre, à ce point de vue, de réels services. Rappelons les savantes leçons faites à Paris

(1) Comme sanction à ces deux discussions, le ministre de la justice, vient de déposer, à la Chambre des députés belge, deux projets de loi : l'un sur la création d'un asile spécial pour les aliénés dangereux; l'autre sur les spectacles publics d'hypnotisme.

©BIUM

par notre collègue, M. le Dr Paul Dubuisson, médecin de l'asile Sainte-Anne, et qui ont eu un si légitime succès. Les deux premières ont paru dans les *Archives d'anthropologie criminelle* (1) ; tous les amis du savant professeur expriment le désir que les autres soient livrées à la publication, afin que nous puissions juger dans son ensemble cet enseignement à l'esprit si philosophique et aux vues si élevées.

Il est de toute justice de ne pas oublier ici le cours de psychiatrie médico-légale professé à l'Auditoire de droit de l'Université de Genève par notre distingué collaborateur, M. le Dr Ladame. Ce cours n'a pas été publié et nous le regrettons. Il eût été intéressant de comparer entre eux l'esprit et la méthode de ces divers enseignements.

En attendant qu'il nous soit donné de faire cette étude comparative, nous pouvons apprécier les leçons faites à la Faculté de droit de Lyon, par M. le Dr Henri Coutagne, chef des travaux de médecine légale à la Faculté de médecine. Notre savant confrère a consacré les huit leçons de son cours à l'étude de la folie au point de vue judiciaire et administratif (2). Après quelques généralités sur l'utilité de l'étude de la folie pour l'homme de loi et sur ce qu'il faut entendre par les maladies mentales, le professeur fait un historique de la folie dans l'antiquité, au moyen âge et dans la période moderne et contemporaine ; il est ainsi conduit à retracer les importantes réformes qu'ont subies en France et à l'étranger, soit le régime, soit la législation des aliénés depuis

(1) I. De l'évolution des opinions en matière de responsabilité. In *Arch. d'anthropologie criminelle.* 1887, p. 101. — II. Théorie de la responsabilité. *Ibid.* 1888, p. 32.

(2) *La folie au point de vue judiciaire et administratif.* Leçons faites à la Faculté de droit de Lyon, dans l'année 1887-88. Lyon et Paris, 1889.

©BIUM

1789. La plus importante de ces réformes législatives est sans contredit la loi du 30 juin 1838. M. Coutagne nous raconte la préparation de cette loi et les discussions qu'elle a provoquées ; il l'analyse avec soin — ce qui n'était peut-être pas superflu, même devant un auditoire d'hommes de loi — et en résume les qualités essentielles ainsi qu'il suit :

« L'intérêt individuel y est mis sur un pied non pas seulement égal, mais même supérieur à celui de la société ; toutes les mesures nécessaires pour la sauvegarde de la personne et des biens des aliénés y sont prescrites, soit en termes rigoureux et précis, soit en formules un peu vagues, mais d'un perfectionnement facile. Ce n'est pas sans de mûres réflexions que la prépondérance de l'autorité administrative sur l'autorité judiciaire a été inscrite dans la loi de 1838 ; nous avons vu du reste que cette prépondérance n'a rien d'exclusif et qu'elle s'inspire du but très louable de ne pas entraver l'internement de l'aliéné par les lenteurs, trop souvent de pure forme, qui accompagnent toute action des tribunaux. Les débats parlementaires de l'époque ont insisté sur la nécessité d'un isolement rapide, avec une justesse de vues qu'on ne rencontre guère dans les critiques de la presse actuelle ; la sécurité publique y est intéressée, ainsi que le montrent les actes criminels presque innombrables commis par les aliénés laissés trop longtemps en liberté, et l'intérêt direct du malade est en jeu. Car retenez bien ceci : la folie est une maladie très souvent curable, mais dans laquelle les chances de guérison diminuent proportionnellement aux retards apportés à l'isolement. »

Il n'y a donc à introduire dans notre législation des aliénés que des modifications de détails ; ce qui importe surtout, c'est que la loi soit strictement appliquée, et pour veiller à sa stricte exécution, M. Coutagne voudrait

©BIUM

qu'il fût créé en France une institution analogue à celle des *Commissionners in Lunacy*, existant en Angleterre. A ce comité supérieur des aliénés, prévu d'ailleurs par la loi naguère votée par le Sénat, incomberaient la surveillance plus stricte des asiles d'aliénés publics et privés, de même que de tout autre local dans lequel un aliéné peut être traité, et une défense plus efficace des intérêts de l'aliéné non interdit.

Les deux dernières leçons du cours sont consacrées à l'étude des questions judiciaires dans leurs rapports avec la folie. Le professeur, qui est médecin-expert devant les tribunaux, avait toutes qualités pour traiter ce sujet si difficile et si délicat. Mais quarante pages, c'est peu pour une matière si complexe et qui exige tant de développements. Certes, on y trouve condensées bien des choses ; mais cette condensation même nuit à la clarté. Il est difficile de bien saisir la pensée de l'auteur sur la responsabilité sociale de l'aliéné et sur la responsabilité atténuée. Mais ces deux leçons ne sont sans doute qu'une ébauche, qu'une sorte d'amorce pour un cours ultérieur, où « la folie dans nos codes » sera plus amplement étudiée et dans lequel notre distingué confrère donnera un exposé plus complet de ses idées, de sa théorie sur la responsabilité de l'aliéné, telle qu'il l'a conçoit et telle que, suivant lui, elle doit être déduite des plus récents travaux de l'école d'anthropologie criminelle.

Depuis le remarquable travail de Marcé (1), l'examen attentif des écrits des aliénés est devenu un des éléments les plus importants du diagnostic de leur affection et de nombreuses recherches ont été consacrées à leur étude

(1) *De la valeur des écrits des aliénés au point de vue de la séméiologie et de la médecine légale*. Paris, 1864.

©BIUM

tant au point de vue du fond que de la forme. Parmi les plus récentes, il faut signaler tout particulièrement le mémoire de M. le Dr P. Max Simon, médecin en chef de l'asile de Bron (1). Notre savant collègue décrit successivement les écrits et les dessins des aliénés, à l'aide d'autographes et de figures les plus caractéristiques. Ces illustrations si saisissantes nous font entrer dans l'intimité délirante des malades, et l'œil habitué à ces élucubrations distingue aisément l'œuvre du délirant partiel de celle du délirant général, ou de celle du paralytique général, etc. Il y a cependant un fait d'observation qu'il ne faut pas négliger lorsqu'il s'agit de l'examen des écrits des aliénés : c'est qu'il existe un grand nombre de ces malades, très délirants dans leurs discours, qui écrivent des lettres très sensées, où rien, ni dans le fond ni dans la forme, ne dénote le moindre trouble de l'esprit ; tandis que d'autres, dissimulant admirablement leur délire, ne se livre en quelque sorte que dans leurs écrits. Cela est surtout vrai chez les persécutés. Cette réserve faite, il est incontestable que les écrits des aliénés ont une réelle et importante valeur au point de vue de la sémiologie et de la médecine légale, et la lecture de l'œuvre si suggestive de M. Max Simon en est une preuve nouvelle et incontestable.

Peut-on en dire autant des écrits des épileptiques ? M. le Dr Amédée Mathieu, ancien interne de l'asile de Bron, le croit et il démontre, dans sa thèse inaugurale, récemment soutenue à la Faculté de Lyon (2), que, chez les malades on peut observer, par la comparaison de plusieurs écrits exécutés à une date plus ou moins rapprochée de leurs manifestations convulsives ou ver-

(1) *Les écrits et les dessins des aliénés.* In *Archives d'anthropologie criminelle*, 1888, p. 318.

(2) *Essai sur les indications séméiologiques qu'on peut tirer de la forme des écrits des épileptiques*, Lyon et Paris, 1890.

©BIUM

tigineuses, des différences très marquées dans la forme extérieure des caractères tracés.

Par l'examen de spécimens d'écriture d'épileptiques, obtenus avant leur crise, notre jeune confrère a constaté que le tremblement y semble prédominer. Ce tremblement porte surtout sur les lettres *b*, *d*, *m*, *u*, *r*, *p*, *s*; il s'observe plusieurs heures avant la crise. Quant à la forme des lettres, elle est généralement assez bien conservée; il n'y a pas de lettres sautées dans les mots, ni de lettres répétées.

Les troubles de l'écriture sont plus manifestes après la crise, et même pendant plusieurs heures après. Ce qui frappe surtout, c'est le grossissement, chaque lettre est amplifiée dans tous les sens. En outre, les caractères sont plus largement espacés et ont moins de délicatesse dans la forme. « On dirait une main lourde, peu habituée à tenir la plume, comme fait l'enfant qui apprend à écrire depuis peu de temps. » De même que chez l'enfant, les lignes sont mal suivies, les liaisons sont mal faites ou n'existent pas. Quelquefois aussi, les lettres se superposent et sont placées les unes à côté des autres sans avoir aucune signification.

Mieux que toute description, les onze planches qui accompagnent le travail de M. Mathieu permettent de se rendre compte de ces divers troubles de l'écriture des épileptiques. On comprend aisément l'application que peuvent avoir ces recherches en clinique ; mais la médecine légale, surtout, pourra y trouver des données, « permettant d'aider à la détermination presque toujours délicate de la durée des périodes d'inconscience. »

Parmi les diverses branches de la littérature psychiatrique, déjà si riche, il en est une qui n'est pas la moins curieuse et la moins intéressante : c'est celle relatant les voyages des aliénistes et les visites qu'ils ont

©BIUM

faites dans les divers asiles de leur pays ou de l'étranger. Pour peu que l'excursionniste soit un homme d'esprit et un observateur sagace, on ne manque pas de trouver dans ses « impressions » des renseignements utiles sur les hommes et les choses de la médecine mentale; on ne perd pas son temps à le suivre dans ses descriptions des établissements d'aliénés, quelque détaillées qu'elles soient, et ses appréciations sur leur organisation intérieure et sur le mode de traiter les malades qui y sont enfermés.

Ce n'est pas le lieu de faire une incursion dans ce domaine littéraire, en ce qui concerne le passé — et cependant que de noms à rappeler et de faits à signaler ! — nous désirons seulement attirer l'attention de nos lecteurs sur les « notes et souvenirs » d'un voyage fait par notre confrère, M. le Dr Ad. Buffet, médecin de l'asile d'aliénés d'Ettelbrück (Luxembourg). Sa brochure (1), écrite dans un style très humoristique, contient, avec des échappées sur les mœurs universitaires et congressistes de l'Allemagne, la description de quatre des principaux asiles de ce pays : ceux d'Andernach, de Marbourg, de Leipzig et d'Alt-Scherbitz. Des plans permettent de suivre pas à pas notre confrère dans ses visites et de bien nous rendre compte de la disposition générale de ces divers établissements. Mais il n'agit pas à la façon d'un simple guide; il apprécie ce qu'il voit, louant telle partie, critiquant telle autre, car il n'est institution si parfaite qui n'ait son côté faible, et les asiles d'aliénés de l'Allemagne n'échappent pas plus à cette règle que ceux d'autres pays.

M. Buffet n'a pas vu que les bâtiments ; il a noté, dans les asiles visités, certaines particularités qu'il

(1) *A travers asiles*, notes et souvenirs d'un étudiant psychiatre. 1889, Luxembourg, imprim. Th. Schoell.

©BIUM

importe de relever. Ainsi à celui de Marbourg existe ce qu'on appelle la *division clinique*, constituée par les *alités* dans le sens propre du mot, qui comprend les maniaques, les mélancoliques, tous autres malades enfin réclamant une surveillance continue : paralytiques généraux, suicideurs, etc. A la plupart des malades de cette division, on fait méthodiquement garder le lit, au même titre qu'à des patients atteints de maladie fébrile par exemple. « Cette façon de procéder, ajoute notre auteur, y est systématisée ; mais elle est plus spécialement appliquée aux agités et aux mélancoliques, et durant la période aiguë et d'effervescence de ces affections. » Ce mode de traitement par le *decubitus* a été depuis longtemps préconisé et appliqué avec suite par Guislain (1), à qui « nul moyen n'a fourni des résultats plus satisfaisants dans le traitement de la mélancolie ». L'expérience a prouvé la justesse des vues de l'illustre aliéniste belge. Mais ce qui est vrai pour les mélancoliques, l'est-il au même degré pour les maniaques ? Nous l'ignorons, et il eut été intéressant d'avoir sur ce point quelques renseignements statistiques, que M. Buffet n'est sans doute pas en mesure de nous fournir.

A l'asile clinique de Leipzig, notre confrère a vu une curieuse application des principes de non-restraint. « En passant par l'un des préaux, raconte-t-il, le professeur (le Dr Flechsig) nous y fait remarquer une espèce de grande cage grillée, dans laquelle, et sous prétexte de lui faire prendre l'air, gît cloîtré un malheureux paralytique. Cette invention, qui a sans doute pour but d'éviter l'emploi de la camisole ou de tout autre appareil de contention, est une copie, point pour point, de l'aimable joujou dans lequel Sa Majesté le roi Louis XI imagina jadis d'exposer son très féal et bien-aimé tré-

(1) *Leçons orales sur les phrénopathies*, Gand, 1852, t. III, p. 22.

©BIUM

sorier, le malheureux cardinal La Balue. » Et il fait observer, avec raison, que « s'il mentionne, pour le désapprouver, ce produit d'une incompréhensible aberration, c'est pour démontrer une fois de plus combien l'application par trop systématique de la plus saine doctrine peut parfois égarer les esprits, même les plus éminents et les plus judicieux. »

Voici maintenant, pour terminer, quelques renseignements sur le mode de fonctionnement de cet asile clinique. Cet établissement peut contenir 135 malades. Le chiffre des entrées par année est de près de 400. « Le directeur (qui est le professeur) est à peu près maître absolu en tout ce qui concerne les admissions et les sorties des malades. Ceux-ci sont reçus sans autres formalités administratives ou judiciaires. Ils sont de même renvoyés de l'asile, guéris ou non guéris si cela entre dans les vues du Directeur. De plus, celui-ci peut disposer à volonté de quinze lits gratuits. Ce privilège, il l'exploite au profit des élèves, en attirant à l'asile des malades intéressants, tout particulièrement au point de vue de la neurologie et de la psychiatrie. De fait, on ne reçoit à l'asile de Leipzig que très peu d'incurables, tout juste ce qu'il faut pour l'enseignement clinique et les démonstrations académiques. » On conçoit aisément combien doivent être brillants les résultats de la statistique de fin d'année : 40 à 45 0/0 de guérisons, 30 0/0 de sorties pour amélioration.

Le service médical comprend, outre le professeur Flechsig, trois aides-médecins.

M. Buffet a assisté à une des leçons du maître ; l'assistance se composait de vingt à trente auditeurs. Comme en France, il y a eu présentation de différents malades. Mais, contrairement à ce qui se passe chez nous, « les élèves sont rigoureusement tenus loin des

©BIUM

quartiers mêmes des malades. Cependant le professeur les y mène deux fois par an, afin de les familiariser quelque peu avec les dispositions particulières de ces locaux. Pour cette circonstance, tous les malades sur qui cette visite pourrait exercer une influence perturbatrice ou défavorable sont tenus momentanément éloignés. »

On voit par ces quelques extraits tout l'intérêt des impressions de voyage de M. le Dr Buffet. Notre distingué confrère nous promet une suite; espérons qu'il ne la fera pas trop attendre.

M. le Dr Albert Deschamps, médecin-adjoint de l'hôpital de Riom, est un conférencier de talent, qui aborde volontiers les plus hautes questions de la philosophie naturelle ou de la médecine mentale et nerveuse dans ses rapports avec la société. C'est ainsi qu'il a successivement entretenu ses auditeurs des « origines d'après Darwin et Hœckel », des « frontières de la folie » et enfin des « névroses et du pessimisme ». Nous avons lu avec intérêt et curiosité cette dernière conférence (1); peut-être n'y avons-nous pas trouvé tout ce que nous y cherchions, mais c'est moins la faute de l'orateur que celle du sujet, qui a quelque chose de vague, de peu délimité, dans lequel on peut tout faire entrer et même quelque chose de plus. Et de fait, les *névroses*, nous savons à peu près ce qu'il faut entendre par là; mais le *pessimisme*, qu'est-ce? Et comment les premières engendrent-elles le second?

Pour notre confrère, le pessimisme ou « maladie du siècle », ou « grande névrose », est cet état « des esprits chagrins, mécontents d'eux-mêmes et de leur époque », qui, autrefois « apanage de quelques cerveaux délicats,

(1) *Les névroses et le pessimisme.* Conférence faite au Palais des Facultés de Clermont-Ferrand, le 4 mars 1886. Broch. in-18. Paris, 1888, O. Doin, édit.

©BIUM

est devenu la propriété de tout le monde ». Cette maladie aurait des causes multiples. Les unes, sociales et psychologiques, sont : le régime égalitaire, le cosmopolitisme, le détraquement de la sensibilité et l'affaiblissement de la volonté, l'abus de l'esprit d'analyse et celui des idées générales, l'influence de Schopenhauer, l'abus de la science et la perte de l'idéal, la crise que traversent les religions, le désir de se singulariser et enfin la mode. Quant aux causes physiques du pessimisme, elles « siègent dans les vices héréditaires ou dans les vices acquis », et l'auteur nous parle de l'alcoolisme, de la morphinomanie et même du rhumatisme ! « Tous les pessimistes ne sont pas rhumatisants, dit-il en forme d'aphorisme, mais tous les rhumatisaants — au moins les vrais — sont pessimistes »... Et « voilà justement ce qui fait que votre fille est muette », pourrait-on conclure avec Molière.

Il n'est rien de tel que les maladies indéterminées pour avoir une étiologie très riche et surtout très disparate ; celle que nous venons d'énumérer a bien toutes ces qualités ou, si l'on aime mieux, tous ces défauts. « Le moindre grain de mil serait bien mieux mon affaire », la moindre observation clinique éclairerait plus le sujet que les considérations les plus éloquentes sur les défauts du siècle, sur les misères de notre époque. — Quel est le siècle qui n'a eu ses misères et ses défauts ? — Et en cela, voyez l'effet de la contagion; notre savant confrère semble participer au mal de son époque, car son discours n'est qu'un long réquisitoire contre son temps, contre ses écrivains, ses artistes, ses musiciens, tous pessimistes, tous névrosés.

Mais, dans les traités de pathologie, toute description d'une maladie se termine par un chapitre de thérapeutique. M. Deschamps s'en est souvenu, et faisant pour un instant trêve à son pessimisme, il indique à son audi-

©BIUM

toire, surtout à la partie féminine, ce qu'il y aurait à faire pour guérir le mal du siècle. Éducation physique et morale, réforme des tempéraments et des caractères, modification de l'espèce, tel est le programme immense qu'il propose. Bien appliqué, ce traitement nous guérirait de bien d'autres maux que de celui qu'a voulu nous décrire notre confrère. S'il nous trouve un peu sceptique sur le fond du sujet de sa conférence, il peut être convaincu cependant que nous aurions applaudi de bon cœur sa péroraison, où il fait un si chaleureux appel aux mères de famille à qui incombe la tâche délicate de préparer « une génération à l'esprit sain et au corps robuste. »

ANT. RITTI.

©BIUM

Pathologie.

DES PERSÉCUTÉS GÉNITAUX

A IDÉES DE GRANDEUR

par le Dr **DOUTREBENTE**
Directeur-médecin de l'asile des aliénés de Blois.

Dans un article, paru au numéro de mars des *Annales médico-psychologiques*, où se retrouvent les brillantes qualités d'orateur et d'écrivain qui caractérisent M. Marandon de Montyel, nous remarquons, sans trop de surprise, que notre savant confrère pénètre à nouveau, malgré lui, dans la discussion close (!) par un vote de la Société médico-psychologique. La discussion est toujours ouverte, elle ne finira peut-être jamais ; elle renaît aujourd'hui de ses cendres ; elle paraissait cependant éteinte après deux années de luttes ardentes et de combats, sans mort d'homme, où tous les partis avaient conservé leurs positions, disons le mot, leurs convictions antérieures.

M. Marandon de Montyel avait déjà constaté que « la synthèse des quatre périodes de M. Magnan réalise un progrès considérable ». Cette synthèse qui compte aujourd'hui des partisans zélés, fanatiques, pour ne pas dire systématiques, en comptait moins quand j'étudiais la médecine mentale à Saint-Yon, il y a vingt-trois ans ! Nous ne connaissions, il est vrai, dans le service du maître, MM. Delaporte, Maret et moi, que

©BIUM

trois périodes ; la démence, qui complète le quatuor de M. Magnan, n'était point une condition *sine qua non* de l'existence du délire systématique à évolution. J'ajouterai que, cliniquement, j'ai au contraire remarqué que les persécutés étaient, de tous les aliénés, ceux qui arrivaient le plus rarement à la démence confirmée, même à un âge avancé.

Sur la question de fond, je n'ai point à me rapprocher de l'école de M. Magnan ; je savais, depuis longtemps, que le délire, chez les persécutés, subit à la longue des modifications successives, il serait plus topique de dire des juxtapositions. J'observe, en effet, des malades ayant leurs idées hypocondriaques d'il y a vingt-cinq ans, leurs idées de persécution d'il y a vingt ans peut-être, et enfin des idées de grandeurs.

Avant d'arriver au palier, le délirant chronique doit monter l'escalier à quatre marches, ou jouer une marche lente à quatre temps. Tout est prévu d'avance dans cette singulière maladie, le malade n'existe plus individuellement ; une fois dans la filière, il perd sa personnalité, son état constitutionnel ; il est dans un moule inextensible, d'où il ne peut sortir que toujours semblable à celui qui l'a précédé dans la carrière morbide !!

Ce serait au nom de la clinique et de l'observation qu'on parlerait ainsi ! Non certes, la clinique détruit trop facilement les systèmes préconçus et les synthèses les mieux présentées, fussent-elles à quatre périodes.

Sous le nom de folie hypocondriaque, Morel a décrit, il y a trente ans, le délire chronique, il en a indiqué nettement l'évolution et les différentes manifestations ; c'est de lui que j'ai appris oralement, après l'avoir lu dans ses œuvres, que tel malade se disant roi ou empereur de France était entré dix ans auparavant dans un asile d'aliénés avec des hallucinations de l'ouïe et des idées systématisées de persécution.

©BIUM

« Dans les différentes transformations pathologi-
« ques que l'on remarque chez l'hypocondriaque, il
« en est une qui place le malade vis-à-vis d'une situa-
« tion mentale nouvelle, et qu'il n'avait jamais subie
« antérieurement. Sa dépression habituelle, ses ter-
« reurs exagérées, *ses idées de persécution* s'évanouis-
« sent, un sentiment général de bien-être semble
« succéder à l'état habituel de langueur et de souf-
« france. . . . . Pour l'obser-
« vateur, c'est un homme transformé qui se présente à
« ses regards, et qui se croit appelé à des destinées
« surhumaines qu'il n'avait pas soupçonnées. . . . . .
« *Il est prophète, investi d'une mission divine; il pos-*
« *sède des talents et une science toute d'intuition ; il a*
« *trouvé le moyen de se faire aimer d'une dame haut*
« *placée à laquelle il n'avait jamais parlé ; il est destiné*
« *à devenir l'appui du trône et à sauver la nation* (1).

« C'est parmi eux qu'on trouve des serviteurs obéis-
« sants et qui se plient ordinairement aux occupations
« les plus infimes, des *millionnaires*, des *rois*, des *pro-*
« *phètes*, des *dieux*, et, dans tous les cas, des individus
« investis d'une grande puissance. Malheureusement,
« ils sont obligés de céder à des puissances supérieures;
« ils attribuent à des *forces occultes*, à l'électricité, au
« magnétisme, la dépendance dans laquelle se trouve
« leur raison, les sensations maladives qu'ils ressen-
« tent (2). »

Le sujet est loin d'être neuf, si l'on consulte les patientes recherches historiques faites par le Dr Pichon et celles à faire dans les auteurs anciens. Nous avions déjà signalé à la Société médico-psychologique que Dom

(1) Morel, *Traité des maladies mentales.* Paris, V. Masson ; 1860, p. 253.
(2) Morel. *Loc. cit.*, p. 715.

©BIUM

Calmet (1), en traitant des illusions, parle de « ce qui « passe dans l'idée des hypocondriaques, qui se figu- « rent être de terre, de neige, de glace ; ou être rois, « papes, cardinaux, ou loups, chats ou chiens, et qui « parlent ou agissent en conséquence. »

Quoi qu'il en soit, c'est à Lasègue que revient l'honneur d'avoir, il y a quarante ans, sorti de toutes pièces le délire de persécution du chaos où vivaient mélangées toutes les variétés plus ou moins partielles de la lypémanie, toutes les monomanies et la mélancolie, prise dans le sens le plus général. Morel, poussant plus loin l'analyse, complétait par d'importantes retouches et adjonctions le tableau du maître. Puis MM. Maret, Foville, Jules Falret et Legrand du Saulle apportèrent ensuite leur appui aux précédentes découvertes.

L'école de M. Magnan entre enfin en scène; elle s'avance d'abord timidement, lançant en avant des éclaireurs qui, après avoir reconnu le terrain, se replient en arrière pour entourer le maître et ses nouveaux disciples ; tous alors, disciplinés, rompus à la fatigue et au travail, envahissent le territoire déjà conquis et cultivé; ils s'y installent, s'y organisent, changent le nom des rues, complètent le réseau des voies de communication, remplacent l'éclairage au gaz par la lumière électrique, fondent enfin un gouvernement stable, très autoritaire, et promulguent des lois à évolution systématique, en dehors desquelles il n'y a pas de délire chronique ; la moindre infraction aux lois entraîne l'excommunication majeure. Autour de cette école gravitent aujourd'hui des satellites trop modestes qui, à un moment donné, ont vivement éclairé la route des envahisseurs; on

(1) R. P. Dom Augustin Calmet. *Dissertation sur les apparitions des anges, des démons et des esprits, et sur les revenants et vampires de Hongrie, de Bohême, de Moravie et de Silésie*. Paris, de Buze l'aîné, 1746, 1 volume in-12, page 12.

©BIUM

remarque aussi des isolés, des tard-venus et même des élèves-lecteurs de Morel : M. Marandon de Montyel en est un.

Parfois, cependant, des néophytes ou des ralliés, se laissant emporter par leur ardeur, vont trop loin, ils publient des observations qui nuisent à la doctrine, à la théorie magistrale ; M. Séglas, qui vit encore, malgré l'excommunication dont j'ai déjà parlé, a publié des faits gênants et a même signalé des observations publiées par des élèves de M. Magnan, observations nuisibles à la bonne cause. M. Marandon de Montyel, dans son mémoire sur les persécutés génitaux à idées de grandeur, bien involontairement, j'en suis certain, a suivi l'exemple de M. Séglas, puisqu'il produit des observations personnelles relatives à des malades, à antécédents inconnus, ou pourvus d'hérédité vésanique, de *dégénérés*, ayant, chose impardonnable, « *des stigmates physiques nombreux* (1). » Je trouve aussi dans le travail de M. Marandon de Montyel des observations citées et tout aussi compromettantes de MM. Febvré, Cullerre, *Gérente* et Garnier (2).

M. Magnan professe que le délire chronique n'a pas été créé pour recevoir les êtres anormaux, dégénérés, que Morel plaçait dans la folie héréditaire devenue aujourd'hui la folie des dégénérés (3). Je me rallie à

(1) Marandon de Montyel. *Des persécutés génitaux à idées de grandeur*, in *Annales médic.-psych.* Mars 1890, page 206, observation III.

(2) Marandon de Montyel, *loc. cit.*, observations VI, VIII, IX, X, XI, XJII et XIV.

(3) Dans le Dictionnaire de Nysten, 12e édition, 1865, par Littré et Robin, pages 418 et 419, aux mots Dégénérescence et Dégradation, les auteurs font souvent allusion aux travaux de Morel et donnent, d'après lui, l'énumération des stigmates de l'hérédité, de la dégénérescence, ou mieux de la dégradation morale et physique de l'espèce.

Dans son Traité des maladies mentales (page 568), Morel s'exprime ainsi en parlant des *dégénérés :* « J'ignorais, au moment où

©BIUM

cette opinion de tout cœur, en disant que les persécutés vraiment dignes de ce nom évoluent d'autant mieux et régulièrement qu'ils sont moins entachés de dégénérescence ou d'hérédité vésanique.

Morel faisait assurément une certaine distinction entre les persécutés héréditaires, et les autres, les plus nombreux; mais il n'avait pas creusé à fond cette particularité où M. Magnan et ses collaborateurs ont trouvé une mine d'or à exploiter pour notre profit à tous, à commencer par moi.

Mais tous les aliénistes n'ont pas encore adopté les idées de Lasègue, Morel, Foville, idées que l'école de M. Magnan, il faut bien le dire, cherche à mettre en évidence, en les débarrassant de tout ce qui leur est étranger. M. Dagonet père n'admet pas encore l'existence du délire chronique, c'est encore pour lui la lypémanie avec prédominance d'idées de persécution; il a fait partager ses croyances à son élève M. Christian qui, de temps à autre, cherche à creuser des fossés sur les routes, où s'avancent, envahissants, les partisans du délire chronique.

Donc, à la séance du 23 mai 1887, écrit M. Marandon, M. Christian vint affirmer que « *jamais*, à aucun moment, chez une catégorie de persécutés, ne surviendra le délire des grandeurs »; il s'agissait des persécutés génitaux. « Personne, ajoute M. Marandon, à la Société « médico-psychologique n'est monté à *la tribune* pour « détruire par des faits l'affirmation de M. Christian....

---

j'ai publié mes *dégénérescences*, que Maine de Biran eût employé le terme de *dégénéré*, qui est pour moi l'expression générique applicable aux variétés maladives dans l'espèce humaine.

« Parmi ces variétés, il en est dont les anomalies intellectuelles, physiques et morales se rattachent à l'hérédité, et d'autres à des causes générales dont j'ai longuement étudié l'action dans mon Traité des dégénérescences. Je me plais aujourd'hui à réparer mon oubli involontaire, à l'égard d'un écrivain aussi distingué, d'un penseur aussi éminent que M. Maine de Biran. »

©BIUM

« *Seul*, le dernier jour (un an après), nouveau venu, « j'ai protesté contre l'opinion de l'aliéniste distingué « de Charenton. »

J'en demande pardon à M. Marandon de Montyel, il n'a pas été seul à protester, il a protesté simplement le dernier jour de la discussion; mais d'autres l'avaient fait bien avant lui, séance tenante, le 23 mai 1887, ainsi que le 27 juin de la même année, et je suis de ceux-là.

Dans une première communication, M. Christian, parlant d'un ancien malade de Charenton, disait : « Voilà certes un persécuté absolument remarquable « par son délire, qui s'alimentait presqu'exclusivement « dans de fausses sensations génitales. *Jamais, il n'a été « mégalomaniaque.* » Le jour même, prenant la parole, *de ma place*, pas à la tribune, après avoir demandé à M. Christian s'il parlait bien d'un malade que j'avais observé pendant mon internat à Charenton, je protestai contre sa dernière affirmation, en disant que j'avais constaté chez ce même malade des conceptions ambitieuses aussi caractérisées que possible (1).

A la séance suivante, M. Christian se présentait avec des documents authentiques, un certificat de M. Calmeil fait à la date du 5 mai 1870, vers l'époque où j'avais pu connaître le malade ; il se trompait, je l'avais observé pendant le premier semestre 1869. Dans le certificat de M. Calmeil, il n'y était pas question de mégalomanie; « je serais donc en droit de dire qu'à « cette époque, les idées de grandeur n'existaient pas, « ajoute M. Christian.... elles n'étaient qu'accessoires, « secondaires. Dans les notes mensuelles soigneusement « relevées, en mai 1854, le malade se dit le *frère de*

(1) *Annales médico-pshychologiques*, 1887, tome VI, septième série, page 302.

©BIUM

« *l'empereur* et un *personnage extraordinaire*, et en « janvier 1872, sur une autre note mensuelle, on trouve « encore, *lypémanie partielle avec hallucinations et idées « de grandeur et de persécution.* » Je répondis alors (1) à M. Christian, qu'il me suffisait de l'avoir entendu reconnaître que son malade avait eu des idées de grandeurs, ce qui démontrait surabondamment que ma mémoire ne m'avait pas trompé.

M. Marandon revenant aujourd'hui à la charge, je crois nécessaire d'ajouter que M. Christian a été obligé de constater que son malade se croyait en 1854 le frère de l'empereur et un personnage illustre, et qu'en 1873 il avait encore des idées de grandeur ; voilà une trouvaille qui réhabilite singulièrement les notes mensuelles ! En 1869, je voyais le malade tous les jours, il aimait à causer et, à moi comme à tant d'autres, il a remis des lettres. Dans l'une d'elles, il s'exprimait ainsi à la date du 29 mai 1869.

« Je suis affecté d'une maladie sensuelle dégoûtante, et on me présente, pour m'entendre, de jeunes et jolies femmes, à qui je ne peux pas me plaindre, parce qu'elles sont trop chastes, trop honnêtes pour entendre même ma déclaration.

« Le magnétisme de police invisible peut donc me traiter à sa volonté, sans craindre aucun contrôle. Il veut me rendre la vie malheureuse par des maladies, douleurs et humiliations. Il exerce sur moi, par une force invisible, une volonté absolue, arbitraire, contraire aux lois, à la morale, à l'humanité, puisqu'elle me rend souvent malade et qu'elle m'humilie par des jouissances factices, peut-être quatre cents fois en dix-huit ans ! Le fond de son idée est d'employer ce magnétisme comme un talisman propre à diriger la cour, les députés et la ma-

(1) *Ann. méd.-psych., loc. cit.*, page 302.

©BIUM

gistrature, et d'assurer le public qu'il ne peut s'occuper d'autre *personne que de moi.* »

A plusieurs reprises, le malade, qui se croyait le frère de l'empereur, avait manifesté son étonnement de ne pas être mis en liberté sur l'ordre de l'empereur ; mais il ne tarda pas à trouver une explication en disant que l'empereur subissait lui aussi les humiliations du magnétisme, ainsi que l'impératrice et le prince impérial.

Inutile de dire qu'en 1887, plusieurs élèves de M. Magnan ont protesté aussi contre l'affirmation de M. Christian et, parmi eux, M. Briand qui prit la parole le premier.

Ce malade, disait M. Christian, a fait par écrit sa généalogie réelle, tout en se croyant le frère de l'empereur. Cela ne nous surprend point. Nous connaissons une dame dont le délire de persécution est déjà bien ancien, elle prétend être archiduchesse d'Autriche et poursuivie par le roi d'Espagne, qui recherche son alliance; cela ne l'empêche point d'écrire souvent à son père réel pour lui réclamer des gâteaux, des rubans, du chocolat, des lettres très lucides, débutant par ces mots : « Mon père. » Les persécutés ne sont jamais embarrassés quand on leur démontre, preuves en mains, une contradiction aussi flagrante; ils savent bien répondre : « Oh, celui-là, c'est mon père putatif, mon père nourricier, ou encore, j'ai été changé en nourrice. »

Ils cachent parfois leurs idées de grandeur, c'est qu'ils redoutent la vengeance de l'intrus qui tient leur place dans la société; ils attendent patiemment le moment favorable pour se produire. Nous avons en ce moment à l'asile, parmi nos jardiniers, un ancien commis-voyageur, homme sage, digne et prudent, se croyant Napoléon IV, héritier du trône d'Espagne, il ne raconte point son histoire à tout le monde, il

©BIUM

cache son secret et attend toujours l'arrivée de l'ambassadeur d'Espagne, qui doit venir le chercher pour le placer sur le trône de ses pères.

En résumé, évitons en médecine mentale les affirmations trop catégoriques et sachons reconnaître la justesse du propos « *ni jamais, ni toujours* ». Il n'est pas plus permis de dire, *jamais* le persécuté génital ne devient mégalomane, qu'il n'est possible d'affirmer que *toujours* il le deviendra ; mais, quand on a constaté que la mégalomanie s'est établie, on peut être certain que c'est pour longtemps, et que ce n'est pas un phénomène passager, accessoire, secondaire, dont on puisse nier l'existence, ou la valeur symptomatique ; c'est une preuve d'incurabilité.

©BIUM

UN CAS D'OBSESSIONS

ÉMOTIVES ET INSTINCTIVES AVEC CONSCIENCE

par le Dr F. ADAM
Médecin-adjoint de l'asile de Blois.

Il nous a paru intéressant de relater l'observation d'une malade qu'il nous a été donné d'étudier pendant une année à l'asile de Blois, et dont le cas, à notre avis, se rapporte absolument aux conclusions du rapport de M. le Dr Falret (Congrès international de médecine mentale, 1889).

Sommaire.— Obsessions émotives et instinctives avec conscience. — Sensations pénibles. — Persistance des symptômes et leur uniformité. — Marche lente et sans aucune modification de la maladie. — Conservation de l'intellect.

Antécédents personnels. — La nommée X... est née dans la région du Centre ; elle est âgée de trente-cinq ans, célibataire, sans profession. Elle a été élevée dans sa famille et n'a qu'une instruction très élémentaire.

Nourrie au sein par une nourrice. A l'époque de la seconde dentition, elle a eu des convulsions compliquées de symptômes méningitiques, avec paralysie passagère des membres inférieurs.

La puberté s'est manifestée vers l'âge de seize ans. La menstruation se fait assez facilement, mais sans régularité.

La malade passe pour avoir le caractère mobile ; elle affectionnait beaucoup les siens et se montrait charitable envers les étrangers. Elle est laborieuse et un peu prodigue.

Il n'existe aucune exagération dans les idées religieuses.

La malade a déjà été traitée, à diverses reprises, dans deux maisons de santé différentes, et la maladie, à notre connais-

©BIUM

sance, a toujours suivi depuis quelques années une marche absolument identique.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père très nerveux, irascible.

Mère très nerveuse.

Aucune parenté n'existe entre le père et la mère.

Il y avait neuf années de différence d'âge au moment du mariage des parents.

La mère, dans un état de grossesse déjà avancé, a éprouvé une violente frayeur en voyant une bonne dont les vêtements avaient pris feu, et qui, du reste, mourut des suites de ses brûlures.

La malade a quatre sœurs et un frère ; elle est le troisième enfant.

ÉTAT ACTUEL. — La malade entre à l'asile dans les premiers jours de février 1887. Elle a un tempérament lymphatico-nerveux ; elle est d'une moyenne taille, sa tête est de petite dimension, et il existe une asymétrie faciale très accentuée.

La dentition est très défectueuse.

La malade a les oreilles moyennes non lobulées, la voûte palatine ogivale; l'ouïe est intacte des deux côtés, peut-être exagérée ; la vue et le goût affaiblis.

La force musculaire est diminuée du côté droit.

La marche est défectueuse (pieds tournés en dedans).

La malade nous arrive dans un état de profonde anémie, et a une complète suppression de règles depuis quelques mois.

6 *février*. — Elle répond avec une lucidité parfaite aux questions qu'on lui adresse ; il existe chez elle une intégrité complète des facultés intellectuelles.

Elle se plaint de n'avoir plus de sommeil, de ne plus pouvoir penser sans éprouver de cruelles souffrances ; elle est sujette, dit-elle, à d'intolérables bourdonnements d'oreilles et a souvent de violentes migraines ; elle demande instamment, pour se soustraire à ces inconvénients, à être endormie.

A son arrivée, elle est légèrement surexcitée, et la première nuit se passe dans une insommie complète.

7 *février*. — Elle mange à tous les repas et continue d'être un peu excitée ; on prescrit des calmants et un régime tonique.

8 *février*. — La malade est plus calme et commence à dormir.

10 *février*. — Elle est surexcitée jour et nuit.

©BIUM

Elle se plaint d'éprouver d'horribles souffrances ; sa vue ne peut s'arrêter sur aucun objet sans lui faire éprouver une douleur intense ; les personnes qui l'entourent la fatiguent au delà de toute expression. Elle a une constriction du cerveau ; son estomac est vide et ses nerfs rétrécis. Elle demande à être électrisée.

11 *février*. — Elle ne tarit pas en plaintes. Sa vie, dit-elle, est une agonie perpétuelle ; elle souffre le martyre. La nuit a été assez calme ; l'appétit est bon.

12 *février*. — La journée a été mauvaise, la nuit calme.

13 *février*. — Idem.

14 *février*. — Elle a le cerveau en feu ; son estomac est comprimé ; elle a un tremblement intérieur ; le contact des personnes lui fait un mal horrible.

Elle s'isole dans un coin pour prendre ses repas, et éprouve la nécessité non seulement d'avoir un garde-vue, mais même d'utiliser une paire de lunettes à verres noirs.

17 *février*. — La journée est un peu plus calme.

18 *février*. — La malade est très excitée ; elle pousse de grands cris après son déjeuner ; sa souffrance est horrible. Elle croit, par moments, tomber dans un abîme ; elle sent ses nerfs se nouer.

23 *février*. — Grande agitation ; cris pendant toute la journée.

Même état les jours suivants.

2 *mars*. — Elle ne cesse de se plaindre de sa santé physique ; elle ne peut fixer le moindre objet sans éprouver de cruelles souffrances ; elle demande avec insistance à être magnétisée pour engourdir sa douleur, et s'applique un bandeau sur les yeux.

Elle est fatigante par son insistance ; elle vous suit, s'accroche à vous, éprouve la nécessité de vous énumérer, soit de vive voix, soit par écrit, toutes ses sensations, et, pour peu qu'on ne lui prête pas une attention complète ou que l'on abrège l'entretien, elle se répand immédiatement en lamentations, et use à l'égard de son interlocuteur de termes grossiers, insultants même ; puis, quand elle a de nouveau occasion de le revoir, elle lui fait ses excuses et prétend qu'en agissant comme elle l'a fait, n'avoir pu modérer son emportement et avoir obéi à une force invincible.

3 *mars*. — La malade est très surexcitée et pousse de grands cris une partie de la journée.

©BIUM

4 *mars*. — Même état, ainsi que les jours suivants.

19 *mars*. — La malade est agitée et frappe sa tête contre les murs.

21 *mars*. — Cris surhumains et lamentations continuelles.

2 *avril*. — Tous les jours, la malade crie pendant quelques heures ; elle prétend que crier la soulage ; elle se plaint toujours de ne pouvoir fixer aucun objet et d'éprouver les mêmes sensations bizarres et intolérables.

15 *avril*. — Même situation.

3 *mai*. — La malade raconte elle-même ce qui suit : « Ce que je ressens est chose bien pénible ; les étoffes sur lesquelles ma vue se fixe me gênent par leur couleur. Je me sens aussi gênée par le va-et-vient des personnes qui m'entourent ; c'est une souffrance pour moi de prendre mes repas. Je fais de grands efforts pour mettre de côté toutes ces idées, et il arrive des moments où je ne me reconnais plus. Le travail m'est pénible, surtout le maniement de mon crochet ; je n'y puis travailler que fort peu.

« Après mes repas, je souffre considérablement ; le sang me monte à la tête, et je ne sais plus où j'en suis. Dans de tels moments, tout m'énerve ; je suis comme un corps sans âme. C'est tous les jours la même répétition. »

La malade prend chaque jour des bains prolongés.

4 *mai*. — Elle accuse de violentes douleurs de tête, qui se répercutent dans toute l'étendue des membres supérieurs jusqu'à l'extrémité des doigts. La nuit, elle éprouve des crampes dans les mollets, et se voit contrainte de se lever et d'opérer elle-même des frictions ; elle dit avoir eu hier une sorte de congestion : elle voyait tout trouble et ses yeux étaient injectés de sang. Elle avoue être insupportable par moments, fatiguer les personnes qui l'environnent, et leur rendre, par ses agissements, la vie très malheureuse.

6 *mai*. — La journée d'hier a été mauvaise ; la malade était difficile et d'une humeur détestable.

12 *mai*. — « J'ai beaucoup souffert aujourd'hui, dit-elle, j'éprouve une grande gêne à voir les personnes se mouvoir autour de moi. Mes pauvres nerfs n'en peuvent plus, et cependant je voudrais faire de grands efforts pour guérir. Le monde, le bruit, tout me fatigue, me lasse. Je désirerais bien prendre des douches, non pas que je les aime, mais il me semble qu'une pluie sur la tête me ferait grand bien. Je voudrais en prendre une chaque jour et avoir aussi une potion plus calmante encore

©BIUM

que le bromure, afin d'engourdir mes nerfs, et, si cela était possible, docteur, vous voir plusieurs fois par jour pour obtenir de vous des paroles encourageantes. »

15 *mai.* — La malade a été agitée une partie de la journée. Comme les jours précédents, du reste, elle injurie les autres malades, qui se plaignent du bruit qu'elle fait. Elle dit ne plus savoir où elle en est, car elle souffre d'une manière extraordinaire. « Cette souffrance, dit-elle, a quelque chose d'inouï. » Elle ne sait que faire et où conduire sa vue.

Tout lui porte ombrage : les meubles, les étoffes, les personnes, la lumière; elle entend dire autour d'elle : c'est de la folie, et croit ne jamais sortir de cette situation pénible.

Les jardiniers apportent en ce moment des caisses de laurier, elle prévoit que ces arbustes vont la gêner et elle réclame leur disparition ; elle voudrait avoir la vue de tout le monde, et ne plus souffrir, car la souffrance lui crispe les nerfs et la fait crier.

Elle ne se trouve bien nulle part, elle ressent dans sa tête un bruit formidable, tout l'ennuie, l'agace ; après le déjeuner, son estomac se resserre, un poids énorme lui remonte à la gorge et l'étouffe ; elle souffre aussi de douleurs nerveuses dans les bras et les jambes.

1er *juin.* — La malade est toujours dans la même position ; chaque jour elle éprouve le besoin irrésistible de pousser des cris et fréquemment elle se dispute avec les autres malades, qui, agacées par le bruit qu'elle fait, manifestent leur mécontentement.

12 *juin.* — Elle se plaint d'une violente douleur dans l'œil droit; elle y éprouve, dit-elle, des piqûres, des élancements, et souvent un brouillard obscurcit sa vue.

Elle a des obsessions qui durent des heures entières, elle n'éprouve de repos nulle part, ses nerfs se nouent et la font souffrir comme une damnée ; elle entend toujours dire autour d'elle qu'elle est folle et que jamais elle ne guérira.

16 *juin.* — Elle profite de l'inattention d'une gardienne, au moment du parloir, où il y a affluence de monde, pour se sauver au jardin et aller se cacher sous des bourrées ; ce n'est qu'après plusieurs heures de recherche qu'il est possible de la découvrir ; elle prétend qu'en agissant comme elle vient de le faire, elle a voulu se soustraire à la clarté du jour, et dans ce lieu de retraite, pouvoir se lamenter sans contrainte.

20 *juin.* — Elle crie des journées entières, et par moments,

©BIUM

elle se montre très agressive envers les personnes qui l'environnent.

29 *juin.* — Mon Dieu, que je souffre, dit-elle, je finirai par devenir folle, jamais je ne guérirai, mes yeux me font horriblement souffrir et il m'est impossible de fixer aucun objet; la nuit, quand l'action du chloral que l'on m'administre chaque soir est épuisée, j'ai des soubresauts, et pendant mon insomnie je souffre atrocement; l'électricité me ferait, je crois, grand bien; délivrez-moi, je vous en prie; quelle horrible maladie dont je suis atteinte, je ne suis jamais sûre du lendemain, j'éprouve dans les yeux une cuisson insupportable, je sais que ma pauvre tête est bien malade, c'est ce qui me tourmente le plus; je me fais un monde de mon état qui est cruel et qui ne me laisse pas une minute de répit; les douches me font grand bien, cependant je me sens énervée après les avoir reçues. Quant aux bourdonnements, c'est chose effrayante ce que j'endure, et c'est bien ce qui me désespère.

7 *juillet.* — Chaque jour, elle crie pendant plusieurs heures, elle se plaint de ne pas être suffisamment soignée et injurie les médecins, puis elle s'empresse aussitôt de s'excuser et de réclamer, en raison de son état maladif, la plus grande indulgence.

20 *juillet.* — Cris et lamentations habituelles, paroles malsonnantes aux personnes présentes.

1er *août.* — Même état.

21 *août.* — Elle ressent des fourmillements dans les membres et des douleurs d'intestin, elle souffre toujours de l'œil droit et y éprouve une sensation de brûlure, elle a des bourdonnements d'oreilles analogues comme son à celui d'un orgue ou du tocsin, elle ne peut fixer ses yeux sur un objet sans éprouver de la gêne. Elle raconte qu'elle ressent quelquefois, surtout quand elle se baisse pour ramasser un objet, comme un fluide de sang lui remonter le long du dos jusqu'au sommet de la tête et instantanément ses bourdonnements cessent pour reprendre plus tard.

25 *août.* — État de grande surexcitation, cris et injures aux personnes qui l'approchent.

15 *septembre.* — La malade se croit perdue, elle redoute de ne jamais guérir; après les repas, elle a, raconte-t-elle, des étouffements, son estomac se resserre, elle se plaint d'éprouver de violentes douleurs de tête, des maux de reins, des douleurs dans les membres. Tous les jours, elle se lamente et crie pen-

©BIUM

dant des heures entières, et par moments, son caractère aigri la rend injuste et méchante.

12 *octobre.* — A la visite du matin, la malade se répand en doléances de cette nature : « Docteur, c'est horrible ce que j'endure, jamais le va-et-vient du monde ne m'a tant fatiguée; je suis la plus malheureuse des femmes.

« La vue des étoffes et leurs plis m'offusquent. Il est bien triste de se dire à toutes les minutes : « Où conduire ma vue ? Que faut-il regarder pour ne pas souffrir? Ma vue n'est pas libre et mon affreux mal voudrait que mon attention fût attirée vers tout ce que je vois; alors, c'est une révolte entre ma volonté et mon mal. Pour éviter bien des combats, je m'isole le plus possible et je fais de grands efforts pour ne pas trop crier, mais c'est au prix de souffrances terribles; délivrez-moi, je vous en conjure; je sens bien que le sang joue un grand rôle, car mes yeux brûlent comme du feu, et le matin et le soir principalement, j'ai de violents bourdonnements. Sauvez-moi, je vous en supplie, je resterai ici en traitement le temps nécessaire, mais allégez mes tortures. Où aller pour éprouver du calme, il n'y a qu'au jardin que j'en trouve un peu et encore quand il est désert; il est affreux de sentir sa position comme je la sens. »

25 *octobre.* — La malade s'agite violemment et chaque jour, pendant plusieurs heures, elle crie, vocifère même, et use par moments d'un langage absolument grossier et méchant.

Souvent même, elle ne s'en tient pas aux paroles et ne se prive pas de se porter à des voies de fait envers les personnes qui la contredisent ou désapprouvent son tapage.

10 *novembre.* — « J'ai atrocement souffert, dit-elle, je ne sais que faire pour être soulagée; le mal finira peut-être par céder, mais quelle patience il me faut! Je me suis plainte toute la journée, c'est bien triste et décourageant; les yeux me brûlent encore, la vue des étoffes surtout me fait toujours bien souffrir, c'est chose ridicule, j'espère cependant pouvoir bientôt m'y habituer et j'espère que mes nerfs vont se calmer; les bourdonnements grondent encore dans ma tête; personne ne peut s'imaginer ce que je souffre, je tente en vain de me dominer, mais c'est plus fort que moi et il me faut crier pour éprouver un peu de soulagement. »

25 *novembre.* — Langage toujours identique.

12 *décembre.* — « Dans le bain, j'ai considérablement souffert, énumère-t-elle, je ne puis supporter la présence de la

©BIUM

baigneuse, sa vue me fait mal; j'ai encore beaucoup crié et dit des choses que je n'aurais pas dû dire, tellement la souffrance était forte, je me demande toujours : Où suis-je ? Délivrez-moi, je suis si malheureuse.

« Je vais finir par croire que je suis folle; les bourdonnements résonnent toujours aussi violemment dans ma pauvre tête, ma vue est bien chancelante, c'est pour moi une chose bien pénible que de fixer les objets ou les personnes; si cela continue, je me verrai obligée d'avoir constamment un bandeau sur les yeux. »

25 *décembre*. — L'existence de la malade ne varie aucunement; toute la journée, ce sont encore les mêmes manifestations bruyantes. La malade est absolument incapable de se livrer à aucune occupation.

10 *janvier* 1888. — Depuis quelque temps, la malade éprouve, en regardant l'herbe d'une pelouse, un tourment intolérable, elle demande instamment qu'on la fasse disparaître, tout en confessant le ridicule de sa demande.

Hier, elle a été surprise au moment où elle en arrachait des touffes.

1^er^ *février*. — La situation ne progresse ni ne diminue; chaque jour, la malade, sous l'empire de ses bourdonnements et de ses troubles visuels, éprouve le besoin impérieux de s'isoler, de crier, et cela pendant des heures entières, de s'en prendre aux personnes qui l'approchent en usant souvent d'un langage des plus grossiers et de se montrer à tous égards d'une susceptibilité extraordinaire.

Au moment des visites médicales, elle ne perd jamais l'occasion de vous retenir le plus longtemps possible pour vous narrer toutes ses souffrances, elle est fatigante et souvent insupportable par ses insistances; quelquefois elle s'accroche à vous, vous accompagne tout en continuant ses doléances et il est difficile de la quitter.

La santé physique se maintient d'une manière satisfaisante, l'appétit est bon, les diverses fonctions de l'organisme s'exécutent bien, hormis la menstruation qui n'a jamais reparu.

Si l'on ne prête pas une attention soutenue à ce que la malade vous raconte, ou si on a l'air de mettre en doute la véracité de ses dires, immédiatement après vous avoir quitté, elle se met à crier et ne tarit pas sur votre compte en épithètes plus ou moins malsonnantes.

De cette observation, dont nous avons avec intention

©BIUM

et autant que possible éliminé les détails oiseux et évité les redites journalières, se dégagent les points suivants :

A. Les sensations pénibles éprouvées par la malade;

B. Les obsessions de la vue;

C. Le besoin irrésistible de crier, hurler, de se servir d'un langage grossier;

D. La persistance des symptômes et leur uniformité, malgré l'emploi de traitements variés (calmants, hydrothérapie sous toutes ses formes);

E. La marche lente et sans aucune modification de la maladie;

F. Le besoin pour la malade de raconter ses sensations et le soulagement éprouvé en fatigant son auditeur;

G. La conservation de l'intellect et la conscience de son état;

H. L'absence de démence, même à l'état de menace pour l'avenir.

©BIUM

QUELQUES MOTS

A PROPOS D'UN

CAS D'ASPHYXIE BRUSQUE

PAR BOL ALIMENTAIRE CHEZ UN DÉMENT

par le Dr J. RAMADIER
Médecin-adjoint à l'asile d'aliénés de Vaucluse.

L'asphyxie par bol alimentaire chez certains aliénés (idiots, déments, paralytiques généraux) qui mangent avec gloutonnerie est un accident connu et signalé depuis longtemps. Aussi n'est-ce point sur ce fait même que nous voulons attirer l'attention, mais sur les différentes causes auxquelles il faut l'attribuer, qui ne nous paraissent pas toutes avoir été également mises en lumière.

La suffocation en pareil cas, lit-on dans les auteurs, est due à l'accumulation dans l'arrière-gorge d'aliments qui obstruent le pharynx ou à l'introduction de morceaux volumineux dans le larynx. Il faut reconnaître qu'il en est ainsi le plus souvent ; parfois cependant il y a lieu d'attribuer l'asphyxie à un autre mécanisme, c'est du moins ce qui paraît ressortir, à notre avis, des constatations que nous avons faites à l'autopsie dans le cas suivant :

OBSERVATION. — X... âgé de soixante-treize ans, nombreux excès alcooliques anciens, présentait un affaiblissement intellectuel très prononcé, perte de la mémoire, gâtisme, vie purement animale.

Très vorace, un jour, pendant le repas, il dérobe à son voisin

©BIUM

de table plusieurs morceaux de pain et de viande et les avale coup sur coup. Presque aussitôt sa figure se cyanose, il fait quelques mouvements convulsifs et tombe mort.

Autopsie.— Encéphale.— Dure-mère épaissie et adhérente au crâne. Liquide sous-arachnoïdien abondant. Les artères basilaire, cérébrales, cérébelleuses et sylviennes sont athéromateuses.

Les méninges se détachent facilement. Les épendymes sont épaissis, pas de granulations.

L'hémisphère droit pèse 640 grammes, la substance blanche est ramollie, crémeuse, la zone corticale pâle. Au niveau de la pointe du prolongement occipital du ventricule latéral droit, on trouve un foyer de nécrobiose, gros comme une noisette, à la première période de ramollissement.

L'hémisphère gauche pèse 650 grammes, il est ramolli à sa partie antérieure qui s'affaisse. La substance blanche est flasque et diffluente.

Rien à signaler dans le cervelet et le bulbe qui pèsent 160 grammes.

Organes digestifs et respiratoires. — Rien dans la bouche. Au niveau de la division de la trachée, on trouve dans l'œsophage un énorme bol alimentaire qui distend ce conduit, le dilate en ampoule formant une saillie considérable et comprimant tous les organes avec lesquels il se trouve en rapport. Ce bol alimentaire est constitué par trois ou quatre gros morceaux de viande non mâchés et cimentés entre eux par de la mie de pain.

L'estomac est dilaté, plein d'une bouillie alimentaire molle, il pèse avec cette bouillie 860 grammes, vide 310 grammes, il contenait donc 350 grammes d'aliments.

Dans la trachée, on constate la présence d'une quantité très minime de liquide muco-alimentaire, on n'en trouve pas trace dans les bronches.

Les poumons ne sont pas congestionnés, ils présentent à certains points, et notamment sur leur face antérieure, de petites taches ecchymotiques, ponctuées, irrégulièrement arrondies, d'un rouge très foncé.

Il y a des adhérences de la plèvre aux parois costales et sternales.

Cœur. — Il est hypertrophié, pèse 560 grammes, renferme du sang liquide et présente des lésions aortiques athéromateuses classiques.

©BIUM

Reins. — Ils sont scléreux, durs et criant sous le couteau. Infiltration graisseuse.

Foie. — Il est hypertrophié, gras, congestionné, poids 2,150 grammes.

Rate. — Est ramollie et hypertrophiée.

La façon subite dont X... a succombé et les résultats de l'autopsie nous montrent que notre malade est mort asphyxié. Quelles sont les causes de cette asphyxie? On peut invoquer tout d'abord le rétrécissement des voix respiratoires, comprimées par le bol alimentaire arrêté dans l'œsophage; mais ce n'est pas suffisant, car, en raison de la structure fibro-cartilagineuse de ces organes, l'occlusion ne pouvait guère être assez complète pour produire une mort rapide. Il nous reste la compression des nerfs récurrents qui a dû entraîner la paralysie de ces nerfs et par suite l'occlusion de la glotte. C'est là, croyons-nous, la cause principale de la mort subite survenue chez notre malade.

On nous objectera peut-être que, ainsi que l'ont démontré les expériences de Legallois, Longet et autres physiologistes, la section des récurrents (dans notre cas une compression brusque équivaut à une section) n'entraîne la mort subite que chez les très jeunes animaux. Mais, au point de vue de la faiblesse de résistance, ne peut-on pas assimiler notre vieillard ramolli à un enfant? La facile dilatation de l'œsophage et de l'estomac, sous l'influence de simples bols alimentaires, prouve d'ailleurs la débilitation organique générale de notre malade.

On pourrait encore supposer que la très minime quantité de liquide trouvée dans la trachée ait provoqué un spasme glottique. Nous ne le croyons pas, car elle était réellement insuffisante; au reste il est probable qu'elle s'était introduite dans les voies respiratoires, après la mort, par le fait de la régurgition ou de secousses impri-

©BIUM

mées au cadavre pendant le transport à l'amphithéâtre.

Si l'on admet que dans certains cas, tels que celui que nous venons de rapporter, l'asphyxie est due à la compression exercée sur les organes voisins par un bol alimentaire siégeant dans l'œsophage, une déduction thérapeutique en découle naturellement : tous les efforts du médecin doivent tendre en pareille occurrence à déplacer ce bol pour faire cesser la compression. Ce but peut être atteint de deux manières différentes : en chassant le bol alimentaire au dehors, en provoquant des vomissements à l'aide d'une injection sous-cutanée d'apomorphine ou par tout autre moyen; en le repoussant en dedans avec une sonde introduite dans l'œsophage.

©BIUM

Archives cliniques.

32.

ASILE DE LA ROCHE-SUR-YON. — M. CHASTENET, INTERNE (1)

Délire du toucher.

SOMMAIRE. — Hérédité névropathique probable. — Scrupules de conscience à la puberté. — Envies pendant la grossesse. — Délire du toucher remontant à une dizaine d'années; zoophobie; impulsions au suicide. — Pleine conscience de son état. — Amélioration déterminée par l'isolement à l'asile: sortie, rechute immédiate; réintégration suivie d'une amélioration nouvelle.

Mme L..., âgée de quarante-quatre ans, entre une première fois à l'asile de La Roche-sur-Yon, le 29 août 1888.

Commémoratifs. Cette malade, réglée pour la première fois à l'âge de dix-sept ans, l'a toujours été depuis régulièrement. Elle dit n'avoir jamais fait de maladie grave dans sa vie. C'est une personne intelligente qui nous raconte avec clarté tous les détails de son délire et toutes ses souffrances.

Mariée à l'âge de trente-quatre ans, elle attribue sa maladie à l'incompatibilité d'humeur qui existe entre son mari et elle, aux préoccupations que lui a précisément procurées la direction des affaires de son ménage. Il lui est impossible de préciser le début de son état actuel; elle le fait remonter à l'époque de son mariage. Quelquefois son obsession l'abandonne quelques heures,

(1) Service du Dr A. Cullerre, directeur-médecin.

©BIUM

mais elle ne tarde pas à revenir, et ses rechutes sont toujours rappelées par une impression pénible.

Elle a eu deux enfants. L'aîné, âgé de six ans, se porte bien et va à l'école où il apprend facilement ; le cadet est mort, il y a deux ans, à l'âge de treize mois, de la cholérine ; elle les a nourris tous les deux sans trop de fatigues et a eu beaucoup de lait. Elle est restée quatre ans mariée avant de devenir enceinte ; il est possible que, dans cet intervalle, elle ait fait une fausse couche ; elle a eu, dans tous les cas, un retard de trois mois suivi de menstruations pénibles.

Agée de quinze ans, elle a eu quelques scrupules religieux, mais qui n'ont pas eu de durée; elle n'a jamais manifesté de phénomènes hystériques d'aucune nature ; une chose marquante pourtant, ce sont les multiples envies qu'elle a éprouvées pendant ses grossesses. La première fois surtout, elle allait à deux kilomètres chercher de la limonade qu'il fallait qu'elle boive sur le champ, du lait, des poires, de la salade qu'elle broutait en se couchant par terre, etc. Quand elle ne pouvait satisfaire immédiatement ses envies, elle éprouvait une angoisse terrible qui ne cédait qu'après satisfaction.

Les renseignements recueillis sur ses antécédents héréditaires sont peu précis : sa mère est morte âgée de quarante-cinq ans, de suites de couches, après une fièvre typhoïde ; son père vit encore, il a soixante-quatorze ans et éprouve quelquefois des vertiges par athérome ; sa sœur est atteinte d'une maladie nerveuse peu définie ; une tante est morte d'une tumeur au creux de l'estomac, à l'âge de soixante-cinq ans; elle avait eu pendant sa vie plusieurs attaques dont on ignore la nature.

Examen direct. — Cette malade est atteinte du *délire du toucher*. Quoiqu'elle ait conscience de l'absurdité de ses craintes, elle croit malgré elle, impulsivement, que

©BIUM

tout est sale autour d'elle ; elle ne peut toucher un seul objet sans être persuadée qu'il est couvert de souillures. A la messe, tous les gens qui y assistent sont sales et pourraient la salir, aussi elle n'y va pas. Son enfant a été malade de la grippe, il y a quelques mois : elle ne pouvait ni l'approcher, ni même toucher aux chaises qui étaient près du lit. Fait-elle la lessive, elle ne peut ni soigner, ni mettre en ordre son linge, car elle l'a lavé près d'une femme qui avait la diarrhée et qui a bien pu le contaminer. Une chemise nettoyée dans ces conditions a été prise par son mari ; aussitôt elle est envahie d'une telle crainte qu'elle ne veut plus l'approcher. Elle frappe son enfant avec violence s'il va jouer avec ses camarades, parce qu'ils pourraient lui donner du mal. Elle a jeté au feu toutes les brosses de sa maison, parce qu'elles avaient servi à brosser les habits de son mari qui avait en ce moment un cheval malade. Des journées entières, elle reste inerte et inactive dans sa maison parce qu'elle n'ose toucher à rien.

Elle est atteinte de *zoophobie*. Une couleuvre, un serpent qu'elle voit dans les champs la jettent dans des transes terribles. Bien plus, à la campagne, elle se figure que tous les endroits où elle se trouve et où elle a besoin d'aller sont souillés par le passage de ces animaux immondes qu'elle redoute par-dessus tout. Le chemin de fer l'impressionne ; les locomotives lui semblent être les chaudières de l'enfer.

Elle n'a pas actuellement de scrupules religieux et accomplit raisonnablement sans aucun trouble tous ses devoirs religieux. En dehors même de ces craintes du toucher, elle n'a pas la moindre préoccupation, jamais de doute, jamais d'interrogations internes. Chaque fois qu'elle recoit des reproches de son étrange attitude, elle s'indigne au point d'entrer dans de brusques colères et de se livrer à des actes de violence. Elle déclare que

©BIUM

même dans ces moments où elle est le plus troublée, elle a pleine conscience de son état; chose qui la trouble encore davantage, c'est qu'elle sent qu'elle aurait moins de répugnance à *manger* des choses malpropres ou simplement suspectes qu'à y *toucher;* jamais d'ailleurs elle n'a eu la crainte d'être empoisonnée, jamais elle n'a eu l'idée qu'on voulait lui faire mal.

A différentes reprises, elle a voulu *se détruire:* c'était une infusion d'allumettes phosphorées qu'elle avait préparée; c'était une bouteille de médicaments qu'elle a bue tout d'un trait et qui ne devait être prise que par cuillerées à café. Toutes ces tentatives n'ont pas abouti, grâce à la surveillance de son mari.

Bientôt, sous l'influence du traitement institué, l'état de la malade s'améliore, elle prend de l'embonpoint, s'occupe activement aux travaux de couture ; ses obsessions disparaissent et elle sort dans un état très satisfaisant le 28 octobre, deux mois après son entrée.

La guérison n'a pas persisté ; le 8 janvier dernier, son mari a été obligé de la reconduire à l'asile pour la deuxième fois. Lors de sa sortie, elle a trouvé installée chez elle sa belle-fille que son mari avait fait venir de Nantes et qui avait un peu bouleversé tout son intérieur de ménage ; la contrariété qu'elle en a ressentie a été assez vive pour rompre l'équilibre de ses facultés morales. Elle s'est imaginé que cette fille avait mené une vie légère à Nantes où elle était servante ; qu'elle *avait pu contracter* des maladies contagieuses malgré sa belle apparence de santé, que tout ce qu'elle touchait était contaminé, et aussitôt tout son ancien délire est revenu. Il lui est impossible de toucher au lit qu'occupe son enfant. Pour faire ce lit, elle éprouvait une telle répulsion qu'elle a parfois songé à se mettre nue, pour éviter le contact de ce lit avec ses vêtements. Si elle lavait son linge et qu'un chien passât à côté d'elle, le linge

©BIUM

était contaminé. Dernièrement son mari ayant approché un homme dont l'enfant était malade, il lui a été impossible de toucher, pour les serrer et les mettre en ordre, les vêtements de son mari.

Dès son entrée, un mieux sensible s'est manifesté dans son état, elle travaille avec ardeur et prétend n'avoir plus ses idées malheureuses.

De temps en temps cependant, quand elle croit n'être pas vue, elle est prise d'accès de désespoir, pleure et se désole. Le traitement antérieurement institué a été repris et est continué. L'état général est très satisfaisant.

Réflexions. Nous n'insisterons pas sur l'étiologie de ce cas de délire du toucher, les renseignements très incomplets que nous possédons sur les antécédents héréditaires nous ayant été fournis exclusivement et d'une façon très peu précise par la malade elle-même. Il semble, malgré ses réticences, que l'affection névropathique dont sa sœur est atteinte ait quelques rapports avec la sienne propre.

Mais ce que nous voulons faire remarquer, c'est la rareté du cas, l'existence d'un délire du toucher exempt de toute complication vésanique, et complètement dégagé, notamment, de folie du doute. Il n'y a donc pas lieu, comme le fait Legrand du Saulle, de confondre en une description unique ces deux états psychopathiques.

©BIUM

33.

ASILE DE VILLE-EVRARD. — M. TARGOULA, INTERNE DU SERVICE.

Pneumonie massive latente chez un aliéné de vingt et un ans. Mort subite.

SOMMAIRE. — Lypémanie avec paroxysmes de surexcitation datant de trois ans. — Psoriasis généralisé. — Bonne santé habituelle. — Mort subite. — A l'autopsie, pneumonie lobaire massive de tout le poumon gauche.

Le nommé Armand N..., âgé de vingt et un ans, est mort subitement, sans cause connue et sans maladie préalable, le 17 novembre 1889, dans le service de M. Marandon de Montyel, cinquième quartier à Ville-Évrard.

L'autopsie révéla une pneumonie lobaire massive, dans la période d'hépatisation grise, occupant les deux lobes du poumon gauche tout entiers.

Ce poumon pèse 1,850 grammes, tandis que celui du côté sain ne pèse que 760 grammes.

Les autres lésions constatées paraissent consécutives à l'affection principale du poumon.

Le péricarde contient dans sa cavité une soixantaine de grammes d'un liquide louche, et sa face interne est injectée.

A l'ouverture du crâne, la pie-mère est injectée, légèrement infiltrée d'un exsudat jaune verdâtre et présente quelques adhérences friables autour des sinus transversaux.

Pas d'adhérences à la substance corticale.

Cette dernière a un aspect normal. Rien dans les capsules, ni dans les noyaux gris centraux.

Le foie est augmenté de volume, congestionné ; il pèse 2,300 grammes.

©BIUM

Les voies biliaires sont libres. Les reins se décortiquent bien et ne présentent pas d'altérations évidentes.

Le cœur paraît sain.

L'aorte est d'un petit calibre, 7 centimètres de circonférence; les valvules sont saines ; au-dessus des valvules, quelques petits points d'athérome.

La rate est augmentée de volume. Intestin, pancréas, vessie, etc., rien d'anormal.

Le malade a donc succombé à une pneumonie massive.

Voici l'histoire de ce malade. Armand N., jardinier, âgé de dix-neuf ans, a été transféré le 25 janvier 1887, de l'hôpital Saint-Louis, où il était soigné dans le service de M. Besnier, pour une affection cutanée, à Sainte-Anne comme atteint du délire de persécution.

M. le Dr Magnan constate chez ce malade : une dépression mélancolique avec hallucinations, idées de persécution, excitation et violence par intervalles. Le 31 janvier 1887, il est transféré à Ville-Évrard, où le Dr Chambard pose le diagnostic de : Débilité mentale. Idées de persécution. Psoriasis généralisé.

Le même état est constaté en avril 1887.

En mars 1888, le dernier certificat de situation délivré par M. le Dr Marandon de Montyel est ainsi formulé :

« Lypémanie chronique avec conceptions délirantes de persécution, hallucinations variées et paroxysmes de violente surexcitation. »

Depuis cette époque, l'état du malade ne varie guère.

Il gâte, mange ses excréments; agitation par moments; il incommode ses camarades de salle et est placé dans le quartier cellulaire par mesure de surveillance. Sa santé est satisfaisante. Il a des épistaxis abondantes de temps en temps. L'éruption psoriasique persiste.

Le 17 novembre 1889 au matin, il mange encore

©BIUM

comme d'ordinaire et, dans la journée, le gardien ne remarque rien d'insolite.

A cinq heures du soir, au moment où on lui présente son repas, on le voit s'affaisser sur sa chaise et pâlir. L'interne de garde appelé n'a eu qu'à constater la mort.

La mort était donc presque instantanée.

On sait que la pneumonie massive débute d'ordinaire avec des symptômes généraux d'une extrême intensité : frisson violent, point de côté très pénible, fièvre et dyspnée excessives, etc. Elle est d'une gravité extrême et se termine par la mort.

On sait, d'autre part, que la pneumonie latente, dite pneumonia ambulatoria, s'observe chez les vieillards qui ont des réactions nerveuses, lentes, difficiles à éveiller ; les divers organes vivent en quelque sorte isolément, chacun pour son compte, et leurs lésions ne réagissent guère sur les centres, d'où une disproportion marquée entre la phlegmasie locale et les phénomènes généraux.

Chez les alcooliques aussi, le début de la pneumonie est souvent insidieux, le frisson initial peut manquer, il n'y a pas de point de côté, pas de dyspnée ni d'expectoration, à peine de toux, etc.

Elle est généralement plus étendue, plus grave chez les buveurs que chez les autres sujets.

L'alcoolisme, en effet, étant un agent débilitant énergique, les lésions chroniques qu'il détermine dans la plupart des tissus rendent les organes incapables d'opposer la moindre résistance aux influences morbides.

Mais notre malade n'était ni vieillard ni alcoolique.

Agé de vingt et un ans, il n'avait comme antécédents morbides, qu'un psoriasis généralisé persistant ; pas de traces de phénomènes alcooliques dans son observation.

A quoi est due la marche insidieuse et le développe-

©BIUM

ment énorme de la pneumonie à laquelle a succombé rapidement notre malade? Il est difficile de dire combien de jours a mis l'affection à se développer; à coup sûr, elle s'est développée rapidement, car tout le poumon gauche présentait une infiltration fibrineuse uniforme, égale partout. Il n'y avait nulle part de commencement de fonte. Cependant une lésion occupant tout un poumon n'a pu se développer instantanément, ni même dans un jour. Elle s'est développée sans réaction aucune, comme chez les vieillards; elle a pris une forme étendue et massive comme chez les alcooliques.

Notre malade était un aliéné, mentalement débilité, un lypémaniaque.

C'est donc à cet état mental qu'il faut attribuer la marche insolite et la forme étendue qu'a pris chez lui l'affection pulmonaire.

L'état mental a été, dans l'espèce, pour l'organisme, l'agent délibitant, au même titre que l'alcoolisme et la vieillesse chez les sujets sains d'esprit.

©BIUM

Médecine légale.

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

par le Dr A. GIRAUD
Directeur-médecin de l'asile Saint-Yon.

Folie simulée et aliénés dits criminels, par le Dr Langlois. — Aliénés ayant subi des condamnations parce que l'état mental a été méconnu. — Affaire L..., par le Dr Biaute ; inculpation de vol imbécillité, irresponsabilité. — Affaire R..., femme F..., par les Drs Giraud et Michel ; inculpation de vol ; démence paralytique, irresponsabilité. — Affaire D..., par les Drs Delaporte et Giraud ; inculpation d'outrage à la pudeur, imbécillité, irresponsabilité. — Affaire Veuve C..., par le Dr Giraud ; inculpation de banqueroute frauduleuse, délire des persécutions, irresponsabilité. — Affaire H..., par le Dr Biaute; inculpation de meurtre, démence, irresponsabilité. — Affaire D..., par les Drs Delaporte et Giraud ; inculpation de meurtre, ivresse, responsabilité.

Sous le titre « Folie simulée et aliénés dits criminels », le Dr Langlois, médecin en chef de l'asile de Maréville, a publié dix-sept rapports médicaux ayant trait à diverses catégories de prévenus. Dans son préambule, le Dr Langlois dit qu'il a été chargé de soixante expertises, et que ses conclusions ont toujours été adoptées. C'est un fait à signaler. D'une part, il fait honneur à notre confrère, qui a su inspirer une pleine et entière confiance aux magistrats de Nancy, et, d'autre part, il montre l'union qui peut exister entre médecins et magistrats pour la recherche de la vérité.

©BIUM

Examinant quelles sont les règles à observer pour distinguer un aliéné d'un simulateur, le Dr Langlois divise les fous en deux groupes bien opposés : les égoïstes et les altruistes. Chez les premiers, les actes sont conformes au langage; chez les seconds, on constate le contraire. Les hypochondriaques, les impulsifs, les persécutés sont des égoïstes, et leurs actes répondent à leur délire. Les déments paralytiques à forme expansive, les maniaques et certains déments offrent des millions, des titres, des décorations, et leur façon d'agir est en opposition formelle avec leurs paroles. Un simulateur règle son langage et son attitude dans le but de tromper le médecin. Il lui est souvent impossible de jouer son rôle sans intermittences, il tombe dans l'exagération et associe dans son prétendu délire des éléments disparates ; enfin, il n'est pas maître de ses vasomoteurs, et on peut le faire rougir et pâlir alors qu'il feint de ne rien comprendre. Le Dr Langlois compare le simulateur à l'hypnotisé obéissant aux suggestions du magnétiseur, parce que « chez le simula-« teur, il y a dédoublement de la personnalité, l'être « normal surveillant l'être soi-disant anormal ». Mais, ce rôle ne peut pas être maintenu. Le simulateur, dit le Dr Langlois, joue sa dernière carte, mais il lui faut une énergie à toute épreuve, une habileté exigeant une expérience qu'il n'a pas, un sang-froid indémontable. Il faut qu'il mente sans cesse, qu'il arrive à se tromper lui-même. Il faut qu'il invente des tournures de phrases qui ne lui sont pas familières ; que le ton, la physionomie et le maintien soient en harmonie avec les idées qu'il exprime. La conclusion du Dr Langlois est : « Mais, qu'on me passe l'expression, il ignore que le « maquillage de la pensée est aussi facile à recon-« naître que celui du visage. Chassez le naturel, il « revient au galop. »

©BIUM

Notre confrère nous paraît faire bon marché des difficultés qu'on rencontre, parfois, à démasquer un simulateur ; mais il n'a évidemment pas eu l'intention de nous donner, dans une introduction qui porte le titre de préface, un traité complet de la simulation de la folie, et il n'a pu que tracer, sommairement, les indications générales à suivre dans une expertise.

Nous n'analyserons pas ici, en détail, les dix-sept rapports publiés par le Dr Langlois ; notre revue comportant surtout l'exposé de faits inédits. D'ailleurs, quelques-uns de ces rapports nous ont déjà été communiqués et ont été analysés dans nos revues de médecine légale. Les sept premiers rapports concernent des simulateurs. Un de ceux-ci présente le cas d'un aliéné guéri, ayant quitté l'asile depuis plus d'un an et déclaré responsable. Dans tous ces cas, les prévenus déclarés irresponsables ou partiellement responsables ont été l'objet d'une ordonnance de non-lieu et rendus à leurs familles. Enfin, les six derniers rapports concluent à l'irresponsabilité avec danger pour l'ordre public et les malades ont été placés d'office à l'asile, après ordonnance de non-lieu. Le Dr Langlois termine sa publication par un chapitre sur les aliénés criminels guéris, et nous fait part de ses hésitations quand il s'agit d'en rendre un à la liberté ; il estime qu'il faut sauvegarder la société contre les récidives possibles. Chacun de nous, en pareille circonstance, éprouve le même embarras. Notre confrère croit que le danger est moindre quand l'aliéné guéri doit rentrer dans une petite ville ou dans un village, parce que l'entourage sait qu'un tel sort d'une maison de fous, et parce qu'on le surveille, sans qu'il s'en doute. Nous pouvons douter, à notre tour, que la perspicacité soit si grande dans les communes rurales, et il nous semble difficile de poser comme règle de traiter différemment les aliénés des

©BIUM

villes et ceux des campagnes. Telle n'est pas, d'ailleurs, la conclusion du Dr Langlois, qui, en réalité, n'indique aucune solution de la question.

Le Dr Biaute, médecin en chef de l'asile Saint-Jacques, à Nantes, nous a communiqué un rapport sur un faible d'esprit inculpé de vol, et nous relaterons dans ce rapport un certain nombre de particularités intéressantes. L... avait déjà subi plusieurs condamnations pour vagabondage, mendicité, escroquerie et vol. Plusieurs fois aussi, arrêté pour des faits analogues, il avait bénéficié d'une ordonnance de non-lieu résultant de son état mental, et une fois, à la suite d'une de ces ordonnances, il avait été séquestré à l'asile Saint-Jacques.

Il n'avait pas encore onze ans lorsqu'il quitta le domicile de ses parents, sous prétexte de mauvais traitements. Il fut arrêté comme vagabond et mendiant, et envoyé dans une maison de correction jusqu'à l'âge de vingt ans. Il tira au sort en 1870, et fut déclaré impropre au service pour cause d'idiotie. En 1873, il fut condamné par le tribunal de Nantes à un mois de prison pour escroquerie. En 1880, inculpé de nouveau d'escroquerie et de vol, il fut l'objet d'un examen médical ; une ordonnance de non-lieu ayant été rendue, il a été placé à l'asile Saint-Jacques.

Le certificat médical rédigé par le Dr Petit porte : « Imbécillité, intelligence très peu développée, absence de discernement, tendance au vol. » L... s'évada le 23 septembre 1883. Arrêté de nouveau en 1885, pour vol, il fut soumis à un nouvel examen médical, et la conclusion du rapport fut qu'il était atteint d'idiotie. Il fut considéré comme irresponsable, une ordonnance de non-lieu fut rendue, mais il ne fut pas réintégré à l'asile. En décembre 1886, il se rendit chez son père et le vola. Le 7 mars 1887, il pénétra avec effraction, dans une

©BIUM

maison d'habitation, et il vola un porte-monnaie contenant 23 francs. Il fut condamné pour ce fait, par le tribunal de la Roche-sur-Yon, à un mois de prison. Le 5 novembre suivant, il pénétrait, encore avec effraction, dans une maison dont les habitants étaient absents ; il fracturait une armoire et s'emparait d'un porte-monnaie contenant 115 francs et de deux galettes. Il avait été vu rôdant autour de la maison, et il avoua son vol aux gendarmes qui s'étaient mis à sa recherche. C'est à l'occasion de cette dernière poursuite, qu'il a été soumis à l'examen du Dr Biaute. L... avait alors trente-huit ans, ne sachant ni lire ni écrire, ne connaissant ni la date de sa naissance, ni au juste son âge, n'ayant pas de métier, errant vagabond et mendiant, n'étant nulle part jugé assez apte au travail pour être gagé comme domestique à l'année ou pour être retenu dans une ferme un temps bien déterminé, recevant pour toute rémunération des services qu'il pouvait rendre, sa nourriture et quelquefois des hardes. Son discernement était mauvais, et le vol n'avait rien d'extraordinaire à ses yeux. Une condamnation n'était pas pour lui une punition, et il demandait une peine de longue durée capable de le mettre à l'abri de tout besoin pour longtemps avec la possibilité de se procurer « du fricot ». On constatait chez lui des marques de dégénérescence physique. Il avait le côté gauche plus faible que le droit, et le corps incliné à gauche.

Les conclusions du rapport du Dr Biaute furent :

« 1° L... est en état d'imbécillité et d'infériorité mentale qui l'empêche d'apprécier la gravité des actes « qu'il commet et les peines qu'il encourt ;

« 2° Cette affection lui rend applicable l'art. 64 du « Code pénal ;

« 3° Si l'application de cet article intervient à son « égard, il y a lieu de le mettre à la disposition de

©BIUM

« l'autorité administrative, pour qu'il soit séquestré à « l'asile d'aliénés. »

Les réflexions que nous suggère ce rapport sont qu'un individu a pu avoir été déclaré impropre au service militaire pour cause d'idiotie, et trois ans après, être traduit devant un tribunal et condamné. Nous avons eu déjà occasion de parler de la justice trop sommaire des tribunaux correctionnels. Il est bien certain que si le motif de réforme du service militaire avait été signalé aux juges, l'attention eût été éveillée sur l'état mental du prévenu. Plus tard, survient une autre condamnation, après que L... a été deux fois l'objet d'un examen médical, et deux fois jugé irresponsable. Cette circonstance était encore certainement ignorée du tribunal. L... était fort peu sensible à la peine de la prison qui lui procurait le gîte et le couvert. Mais, en nous plaçant au point de vue médico-légal, nous trouvons des condamnations qui ont porté à faux et nous les signalons comme des faits regrettables, dont on doit chercher à éviter le retour. Nous rapprocherons ce fait d'un autre observé par nous avec le Dr Michel, de Bar-le-Duc. Deux condamnations ont été infligées à une femme qui était certainement irresponsable de ses actes.

La nommée R..., femme F..., inculpée de vol, était âgée de quarante-deux ans, mariée en secondes noces, et vivant en mauvaise intelligence avec son mari qui, lui-même, était poursuivi pour coups et blessures donnés à sa femme. Elle avait subi, récemment, deux condamnations pour vol. Condamnée le 13 juillet 188.. à quarante jours de prison, elle avait été arrêtée le 24 août suivant et condamnée derechef, à deux mois de prison. A sa sortie de la maison d'arrêt, elle avait fait un séjour de plusieurs semaines à l'hospice, et le jour même où elle sortait de l'hôpital, elle commettait l'acte motivant les nouvelles poursuites.

©BIUM

Elle était vue dans la soirée sortant d'une église avec des allures suspectes, et portant un paquet sous le bras. Elle fut arrêtée par un passant, et on reconnut que le paquet qu'elle portait était un tapis d'autel enlevé par elle. Conduite devant le commissaire de police, elle donna comme explication que, ne voulant plus habiter avec son mari puisqu'elle avait été rouée de coups, elle avait l'intention d'aller se coucher dans une meule de paille et qu'elle avait pris ce tapis pour lui servir de couverture pendant la nuit. Elle ajouta qu'elle avait l'intention de le reporter, le lendemain matin, à l'endroit où elle l'avait pris. Lors de la première arrestation, l'état mental de la prévenue inspirait déjà quelques doutes, et le commissaire de police avait joint à son procès-verbal la note suivante : « En adressant le procès-verbal ci-joint à monsieur le procureur de la République, nous avons l'honneur de l'informer que la femme F... ne paraît pas jouir de ses facultés mentales, et qu'elle a la monomanie du vol, surtout de voler des fleurs au cimetière pour les placer sur la tombe de son premier mari, ou les planter dans son jardin. Toutefois, nous devons ajouter que ladite femme F... a répondu à nos questions avec assez de lucidité. » L'état mental de la prévenue ne parut pas au tribunal suffisamment douteux. Nous avons déjà dit qu'elle fut condamnée. A peine sortie de prison, elle commit de nouveaux actes répréhensibles, et le rapport du commissaire de police devient plus explicite. « En vous adressant le procès-verbal ci-joint, j'ai l'honneur de vous informer que la nommée Julie R., femme F..., âgée de quarante-deux ans, bonnetière, demeurant à..., n'a pas conscience de ses actes, et qu'on devrait la faire admettre à l'asile des aliénés. » Le commissaire de police motivait son appréciation par la raison qu'il ne s'expliquait pas comment une femme qui a, chez elle, ce qui lui est nécessaire, va commettre,

©BIUM

sans nécessité et sans profit, des déprédations dans les jardins ou voler des objets de peu de valeur. L'avis du commissaire de police ne fut pas partagé par le médecin qui délivra un certificat remarquable par son laconisme, et conçu en ces termes : « Le médecin de la « maison d'arrêt soussigné, ne reconnaît chez la détenue « Julie R..., femme F..., les symptômes d'aucune des « formes de l'aliénation mentale. » Une nouvelle condamnation fut prononcée par le tribunal. Nous pouvons dire que la bonne foi du tribunal avait été surprise par l'erreur du diagnostic du médecin de la prison, et nous avons le regret d'ajouter que cette erreur n'avait pas été tout à fait involontaire. Ce médecin avait reçu, peu de temps auparavant, de l'administration pénitentiaire, des observations pour avoir fait admettre à l'asile une hystérique, que le transfèrement de la prison à l'établissement d'aliénés avait guérie subitement. Il avait, alors, érigé en système, ainsi qu'il l'a fait connaître ensuite, de déclarer sains d'esprit tous les détenus qu'on soumettrait à son examen.

Lorsqu'à la troisième arrestation, nous fûmes chargés d'examiner la femme F..., nous la trouvâmes les vêtements en désordre. Elle portait, collée sur le front, une étiquette enlevée à une bobine de fil. Elle était toute souriante, et ne paraissant nullement se préoccuper de l'objet de notre visite. Elle se mit à causer aussitôt avec une insouciance complète. Elle avait une vive satisfaction d'elle-même, avec des idées de richesses et de grandeur. Elle nous a révélé que sa fortune était faite parce qu'elle avait trouvé le moyen de faire marcher les horloges sans les remonter. Son procédé consistait à réunir deux poids par un fil de fer, et l'un des poids en descendant doit forcer l'autre à remonter. Elle nous a parlé de ses beaux vêtements et, notamment, d'une

©BIUM

robe de soie, déposée chez sa mère. Elle prétendait avoir 2,000 francs dans sa malle, et avec cet argent, elle devait voyager, acheter une voiture, faire des libéralités, etc. Sa mémoire était notablement affaiblie, ses souvenirs vagues, et nous n'avons pas pu lui faire préciser des faits relativement récents; mais ce qui dominait chez elle, c'était, d'une part, son indifférence et, d'autre part, la tranquillité avec laquelle elle soutenait le contraire de la vérité, alors même qu'elle avait été surprise sur le fait. On avait essayé de l'occuper à la maison d'arrêt, mais elle gâtait tout l'ouvrage qu'on lui donnait; elle dérobait ce qui lui tombait sous la main et ramassait des débris de toute sorte.

La parole n'offrait aucun caractère spécial, au point de vue de la prononciation; mais on constatait l'existence de petits mouvements fibrillaires de la face, se produisant en dehors de la volonté. Nous avons observé de l'inégalité pupillaire. Les deux pupilles étaient sensibles à l'action de la lumière, mais la gauche était paresseuse, et se contractait plus lentement.

Notre diagnostic ne pouvait être douteux. La prévenue était atteinte de démence paralytique, et sa place était à l'asile d'aliénés. Cette conclusion fut admise et nous avons pu observer l'évolution de la paralysie générale.

Dans ce cas, comme dans le cas précédent, deux condamnations ont porté à faux; car il est certain qu'au moment de sa première arrestation, la femme F... était déjà atteinte de démence paralytique, et le commissaire de police était dans le vrai en émettant des doutes sur l'intégrité des facultés mentales de la prévenue. La première fois, le tribunal a passé outre, ce qui est regrettable. Il est inutile d'apprécier la manière d'agir du médecin de la prison lors de la seconde arrestation de la femme F... Des démêlés avec l'administration

©BIUM

pénitentiaire ne peuvent pas avoir pour résultat de faire déclarer saine d'esprit une femme atteinte de paralysie générale. L'examen de la prévenue avait été, certainement, très superficiel, et il eut beaucoup mieux valu, pour tout le monde, que le médecin de la prison refusât franchement son concours.

J'ai été appelé, avec mon collègue le Dr Delaporte, à examiner l'état mental d'un individu qui, ayant été condamné à quatre mois de prison et à la relégation pour outrage public à la pudeur, était appelant du jugement. La Cour de Rouen, ayant des doutes sur l'état mental du prévenu, avait ordonné une expertise. D... Victrice-Alfred, était âgé de cinquante-trois ans. Le motif de sa condamnation est qu'il aurait été surpris dans le cimetière de R..., à trois heures et demie de l'après-midi, dans un état de nudité plus ou moins complète. (Les dépositions des témoins variaient un peu sur ce fait.) Ce qui est certain, c'est qu'il avait ôté son pantalon. Il avait la réputation de s'adonner à l'onanisme et de se mettre nu pour se livrer à la masturbation. Les témoins avaient supposé qu'il avait, dans le cimetière de R..., retiré son pantalon pour se masturber, mais n'ont pas constaté le fait. D... avait invoqué, comme moyen de défense, qu'il avait retiré son pantalon dans le but unique d'y mettre une pièce.

En dehors de sa mauvaise réputation, l'accusé avait subi une série de condamnations antérieures, toutes pour vol et escroqueries. Lorsque nous l'avons examiné à la maison d'arrêt, c'était un homme de taille au-dessus de la moyenne, sans embonpoint, mais paraissant assez fortement musclé. Sa tenue était négligée, ses cheveux et sa barbe en désordre, et sa physionomie n'offrait rien d'aimable. Le crâne, sans présenter d'anomalie de conformation ni d'asymétrie, était peu développé. La seule particularité à signaler à la face est que le lobule de

©BIUM

l'oreille était soudé et paraissait faire défaut. Nous avons constaté aussi un léger tic de la paupière gauche. D... bredouillait en parlant, et comme il s'animait en causant et s'exprimait avec volubilité, il était souvent difficile de comprendre ce qu'il disait. Nous n'avons jamais pu obtenir de lui qu'il nous expliquât les motifs de sa condamnation. Il nous a déclaré en bredouillant « qu'il en avait pour quatre mois, et que les camarades lui avaient dit d'en rappeler. »

Ses autres explications étaient inintelligibles. Quant à la peine de la relégation, il n'a jamais paru en comprendre la portée. Il n'a pas pu nous renseigner davantage sur son existence antérieure. Il nous a raconté qu'il avait hérité de deux mille francs à la mort de son père et qu'il avait donné cet argent à une fille pour se marier, mais cette fille aurait gardé l'argent et n'aurait plus voulu se marier. Nous n'avons jamais pu savoir quelle était cette fille, ni la nature des relations qui s'étaient établies entre elle et lui. Il nous a dit encore que sa mère s'était cassé la jambe, qu'on l'avait transportée à l'hospice et que là, on avait fait mourir sa mère, mais qu'il ne lui avait pas fait de mal. Il a même insisté sur ce dernier point, se défendant comme si on l'avait accusé d'être cause de l'accident. Autant que nous avons pu en juger par son dire, il menait une existence vagabonde, sans toutefois s'écarter des départements de l'Eure et de la Seine-Inférieure.

L'examen du détenu nous a amenés à le considérer comme un faible d'esprit, et nous avons pensé qu'il n'exagérait pas son état d'imbécillité. Nous avons remarqué une circonstance, en examinant son casier judiciaire. Il avait trente-neuf ans quand il a subi sa première condamnation, et le délit devait être peu grave, car il a été condamné à cinq francs d'amende.

Trois ans plus tard, il a subi deux nouvelles condam-

©BIUM

nations encore légères. C'est depuis les six dernières années qu'on voyait les condamnations devenir plus nombreuses et plus graves, et nous avons formulé l'hypothèse que D... était un imbécile, ayant été inoffensif, tant qu'il a été sous la tutelle de ses parents, et, devenu dangereux pour l'ordre public, depuis qu'il a été abandonné à lui-même. Son sens moral nous a paru très émoussé, en admettant qu'il ait jamais été bien développé. D... n'avait qu'un souvenir vague de ses condamnations antérieures. Il ne semblait pas s'être rendu compte exactement de l'accusation lors du dernier jugement et il n'avait pas compris la portée de la condamnation. Il paraissait même avoir obéi à une suggestion étrangère en venant devant la Cour d'appel. Nous n'avons pas constaté, chez lui, d'hallucinations ni d'illusions des sens, et tout en se plaignant de gens mal disposés à son égard, il n'avait pas de délire systématisé ; mais, d'après son attitude à la maison d'arrêt, il était sujet à des impulsions instinctives et dangereuses ; notre conclusion a été qu'il était trop faible d'esprit pour résister à ses impulsions mauvaises, qu'il en était donc irresponsable, et que son état d'imbécillité nécessitait qu'on prît des mesures tant pour le protéger que pour garantir la société.

Nos conclusions furent admises par la Cour d'appel. Le jugement fut réformé, et D..., mis à la disposition de l'autorité administrative, fut placé d'office à l'asile de Quatre-Mares. C'est là un exemple assez rare, croyons-nous, d'un jugement réformé par la Cour d'appel pour cause d'aliénation mentale. Devant la juridiction correctionnelle, le malheureux faible d'esprit subissait condamnations sur condamnations et arrivait à être relégué : une justice moins sommaire et mieux éclairée l'a fait placer dans un asile d'aliénés.

Nous avons vu, dans une autre circonstance, des

©BIUM

poursuites entamées avec l'inculpation de banqueroute frauduleuse, suspendues parce que l'intention de nuire n'était pas démontrée, reprises parce que de nouvelles charges se produisaient et, finalement, abandonnées parce que la prévenue fut reconnue aliénée.

La veuve C... était âgée de cinquante-six ans, grande, maigre, s'exprimant avec facilité. Après la mort de son mari, elle avait manifesté l'intention de continuer son commerce et en avait fait l'objet d'une circulaire à ses clients ; puis, elle reconnut que sa situation était devenue difficile. Elle proposa un arrangement à ses créanciers, leur offrant de payer, à diverses échéances, 40 p. 100 de ce qui était dû et s'engageant, sur l'honneur, à les rembourser intégralement, si les affaires devenaient meilleures. Cette convention ne fut pas acceptée et la faillite fut prononcée. Des difficultés s'élevèrent alors entre la veuve C... et le syndic de la faillite. Celui-ci se plaignit de ce qu'il ne pouvait pas obtenir de renseignements et de ce que la faillie refusait de remettre ses livres. Le procureur de la République intervint pour faire comprendre à la veuve C... que, si elle s'obstinait à refuser des éclaircissements, elle serait poursuivie pour banqueroute frauduleuse. Quelques mois après, la veuve C... prétendit qu'elle était victime d'une spoliation, et elle adressa au procureur un mémoire dans lequel elle exposait que son actif dépassait le passif ; qu'au moment où elle avait été déclarée en faillite, elle avait de l'argent pour faire honneur à ses affaires et qu'heureusement, Dieu lui avait donné l'idée de serrer tout ce qu'elle avait de plus précieux en meubles et en toute autre chose. Le syndic répondit en exprimant la crainte qu'une partie de l'actif n'eût été détournée, et la veuve C... fut arrêtée. Comme il ne parut pas qu'elle fût de mauvaise foi, comme, d'ailleurs, un grand nombre de personnes attestaient son honorabilité, elle

©BIUM

fut relâchée des poursuites. Mais elle continua à manifester l'opinion qu'elle était victime de mauvais procédés et on trouve alors, en même temps, des idées mystiques dans ses écrits. Ces dispositions d'esprit ne facilitaient pas la liquidation de la faillite, et des créanciers adressèrent une plainte au procureur de la République, en signalant que la veuve C... paraissait avoir des ressources provenant de ce qu'elle avait dû conserver une partie de son actif. Cette opinion était appuyée par le syndic de la faillite. Une perquisition fit constater que, non seulement la veuve C... avait, sans l'assentiment du syndic, conservé un certain nombre d'objets mobiliers, mais encore qu'elle avait vendu des titres de rente. Les poursuites furent reprises, et elle fut arrêtée.

A la maison d'arrêt, la prévenue se montra fort difficile à gouverner, souvent indocile et se livrant constamment à des récriminations. Dans nos premières entrevues, elle nous a assez mal reçus, disant qu'elle n'avait besoin de personne, et, plus tard, elle a vu, dans nos visites, la preuve d'un nouveau complot ayant pour but de la faire passer pour folle. Néanmoins, après avoir manifesté une très vive animosité contre ceux qui l'avaient mise en faillite, elle est entrée dans des détails sur les origines du complot dont elle se plaint et sur les moyens employés par ses persécuteurs pour atteindre leur but. C'est le clergé, nous a-t-elle dit, qui a voulu la perdre pour s'emparer de sa fortune. A une époque où elle ignorait toutes ces machinations, elle se rendait très régulièrement aux offices de sa paroisse avec son mari. Grâce à certains artifices, on a fait disparaître celui-ci. Elle avait l'habitude de donner quelque argent à la quête ; or, par des moyens magnétiques, on a trouvé le moyen d'agir sur elle, en se servant des pièces de monnaie qui lui avaient appartenu. La mala-

©BIUM

die de son mari ne lui a jamais paru claire, mais elle n'a compris, que plus tard, ce qui s'était passé. Elle-même a failli être victime d'un attentat. Peu de temps après la mort de son mari, elle s'était rendue à l'église pour communier. On lui a donné une hostie empoisonnée. Elle s'est aperçue que l'hostie était épaisse et qu'elle éprouvait des difficultés pour l'avaler. Elle l'a, néanmoins, avalée ; mais, alors, elle a senti des douleurs à l'estomac. Elle avait la sensation d'un feu intérieur. Elle a dû rentrer chez elle et se soigner pendant huit jours. Elle a pris, à plusieurs reprises, de l'huile de ricin, pour évacuer le poison. Depuis qu'elle a compris que sa vie était menacée, elle a évité de se rendre à l'église. On s'est ensuite entendu avec les banquiers pour la faire mettre en faillite, et les poursuites entamées contre elle ne sont que de la comédie, puisqu'elle ne doit rien à personne. Elle nous a ajouté, qu'à la prison, les persécutions continuent, qu'on lui fait des misères de toute sorte et qu'elle a peur d'être empoisonnée. Elle se gardait bien d'aller à la chapelle, parce que « ces gens-là » trouvent le moyen d'agir sur les personnes par des procédés physiques ou magnétiques. Elle se plaignait de ce qu'on troublât son sommeil, et elle avait trouvé sur son drap de lit des taches qu'elle attribue à une eau particulière, qu'on aurait versée pour lui donner des démangeaisons. Enfin, il y avait dans son dortoir, une boîte avec laquelle on faisait ce qu'elle appelle de la physique. Cette boîte paraissait et disparaissait. Quoiqu'elle ne nous parlât de ces différents phénomènes qu'à mots couverts, il était évident que les effets dont elle se plaignait se rapportaient à des hallucinations de la vue et de l'ouïe. On avait remarqué, d'ailleurs, qu'elle causait fréquemment seule, que la nuit elle ne dormait pas, qu'elle sortait de son lit et on était obligé de la faire recoucher.

©BIUM

Nos conclusions furent :

1° La nommée L..., veuve C..., est aliénée ;

2° Elle est affectée de lypémanie avec prédominance du délire des persécutions ;

3° Le début de la maladie paraît remonter à plusieurs années ;

4° Elle n'a, jusqu'à présent, commis aucun attentat contre les personnes ; mais, sous l'influence de son délire actuel, elle est susceptible de se livrer, d'un moment à l'autre, à des actes dangereux. Une ordonnance de non-lieu fut rendue.

Le Dr Biaute nous a communiqué un rapport sur une affaire où nous voyons l'intervention administrative se produire d'emblée et sans attendre les résultats de l'instruction judiciaire. Le nommé H..., inculpé de meurtre, avait été placé d'office à l'asile, sur la réquisition du maire, le jour même du crime, et était déjà considéré comme aliéné, quand la justice ordonna l'expertise.

H... avait déjà été placé trois fois à l'asile de Nantes, et avait, comme antécédents héréditaires, un oncle et une cousine aliénés. Lors de sa première admission, il se croyait perdu, ruiné ; il voulait se noyer et refusait de manger. Il avait, à la fois, des idées de persécution et du délire hypocondriaque ; enfin, il avait été pris d'excitation, ce qui avait déterminé son placement à l'asile. Après deux mois environ de séjour, il en sortit légèrement amélioré. Rentré chez lui, il ne voulut pas se mettre au travail, il conservait des convictions délirantes ; il refusa ensuite de manger, l'excitation reparut et la réintégration à l'asile devint nécessaire. Lors de sa seconde admission, il était anxieux, avait le cachet caractéristique de la mélancolie, se disant coupable de grandes fautes, et croyant avoir mérité la prison. Sept

©BIUM

mois après, il fut rendu à sa famille, calme, mais encore mélancolique. Il vécut ainsi, au dehors, pendant dix ans. Une nouvelle exacerbation de délire nécessita un troisième placement à l'asile. Il était encore atteint de lypémanie, se montrant triste, croyant à sa ruine, à la perte de ses forces, restant dans l'inaction et poussant des gémissements. Quatre mois après, il sortait amélioré et sur la demande de sa femme. Huit jours après être rentré chez lui, il fut repris de délire, incriminant sa femme et son fils, leur disant qu'ils le ruinaient par leurs dépenses, se lamentant toute la journée. Il devint, un jour, menaçant pour sa femme, et celle-ci projetait de le ramener à l'asile quand, le lendemain, à cinq heures du matin, il se leva, alla chercher un marteau de maçon, et, pénétrant dans la chambre où dormait son fils, âgé de quinze ans, asséna plusieurs coups de marteau sur la tête de son enfant qui eut le crâne brisé.

H... fut ramené à l'asile le jour même de l'attentat. Ses premiers mots, quand il vit le Dr Biaute, furent : « Il faut me dénoncer, j'ai commis un crime, j'ai tué « mon jeune garçon, je mérite la mort. » Sa figure était impassible, sans expression, avec les yeux baissés et atones. Le Dr Biaute ne put constater aucune hallucination. La maladie était caractérisée, comme précédemment, par des troubles psychiques, sans aucun trouble sensoriel. H... se disait impropre à tout, sans préciser de souffrance particulière, se prétendant malheureux, misérable, ruiné, incapable de gagner sa vie, n'ayant plus aucune force, et revenant toujours à la même conclusion : « Il doit mourir. Il mérite la mort, puisqu'il a « tué pour mériter la mort. Il voulait bien frapper sa « femme, mais il n'a pas pu, et il a enfin choisi son « fils parce qu'il n'en pouvait pas tuer d'autre. »

H... n'avait pas d'idées vraies de persécution, ne désignait pas d'ennemis particuliers, en groupe ou en société,

©BIUM

ne se croyait soumis à aucune mauvaise influence, électricité, magnétisme ou spiritisme. Son délire était mélancolique et hypocondriaque. H... a été entraîné par son délire à commettre un crime, et l'aliénation mentale ne pouvait faire l'objet d'aucun doute. Les conclusions du Dr Biaute ont été :

« 1° H... était aliéné quand il a commis le meurtre ;

« 2° Il est irresponsable ;

« 3° Il doit être maintenu à l'asile d'aliénés où, en « attendant un arrêté de M. le préfet de la Loire-Infé- « rieure, il a été placé suivant réquisition de M. le maire « de P... »

Nous terminerons cette revue par l'exposé d'une affaire dans laquelle nous avons été appelés comme experts, mon collègue le Dr Delaporte et moi, dans le cours de l'année 1889. Il s'agissait d'un meurtre dont l'auteur était manifestement en état d'ivresse au moment de l'acte incriminé. Mais nous avions à déterminer, en outre, si, en dehors de l'ivresse, le prévenu pouvait être considéré comme responsable de ses actes.

D... était âgé de quarante et un ans. Il était de taille au-dessous de la moyenne et contrefait. D'après les dépositions des témoins, il sortait d'un café chantant, à la fermeture de l'établissement, un peu après minuit. Il rejoignit le chanteur comique du café, et deux filles qui avaient passé la soirée au café. Il causa un instant avec le chanteur et les deux filles, et ensuite les devança. Il était porteur d'une canne à épée. Croisant un groupe de quatre individus, il dégaîna, et, sans qu'il y ait eu rixe, il plongea son épée dans la poitrine d'un des quatre individus du groupe qu'il rencontrait. Le blessé tomba. D..., rentrant son épée dans la canne, s'éloigna en marchant d'un pas accéléré, mais sans courir. Des sergents de ville, appelés par les compagnons du blessé, se mirent à la poursuite de l'assassin et le rejoignirent. D... nia

©BIUM

avoir frappé un homme, mais la lame de son épée était tachée de sang frais et il fut arrêté. L'acte incriminé paraît avoir été exécuté avec une très grande rapidité et sans que les témoins aient paru se douter, au premier abord, de sa gravité. (La pointe de l'épée avait perforé le cœur du blessé, qui mourut quelques minutes après avoir été frappé.) D'après l'enquête, les compagnons de la victime étaient en état d'ivresse, et D..., en passant près d'eux, aurait été l'objet d'une plaisanterie relative à sa difformité.

Ayant à rechercher si l'acte incriminé avait été commis par un homme atteint d'aliénation mentale, nous devions procéder à un examen complet de l'accusé et rechercher quels étaient ses antécédents. D... avait onze ans environ lorsque son père, qui tenait un café, s'est donné la mort en se tirant un coup de fusil. Le suicide de son père est attribué à l'alcoolisme. On ne signale rien de particulier dans l'enfance de D... C'est dans l'adolescence que la déformation de la colonne vertébrale se serait produite, et il l'attribue à un accident quand il était en pension et se livrait au jeu dit « la sauterelle ». Sa mère, qui avait continué de tenir un café, prit son fils avec elle dès que celui-ci fut en état de faire office de garçon de café, et dans le milieu où il se trouva, le jeune D... contracta des habitudes d'intempérance, d'oisiveté et d'immoralité. Plus tard, il chercha à se placer dans une maison de commerce, mais ne put s'y maintenir. Puis, sa mère fut atteinte d'aliénation mentale (paralysie générale), et il prit alors, pour son compte, le café de ses parents. Il vendit ensuite son café, se lança dans une industrie ayant pour objet l'extraction des matières grasses des vieux chiffons, et fit faillite. Il se mit alors à placer des liquides pour le compte d'un négociant, et à donner des leçons de billard.

Les renseignements de police le représentaient comme

©BIUM

ayant de bons antécédents, tant qu'il a été limonadier, mais menant, depuis quatre ans, une vie déréglée et de débauche, adonné à la boisson, et fréquentant les lieux publics avec des femmes de mauvaise vie. Il était en état d'ivresse le soir de l'acte incriminé.

Il était important de savoir si, antérieurement, on avait constaté, chez lui, des signes d'aliénation mentale. Nous n'avons pu trouver que deux accès de délire passager sous l'influence de l'excitation alcoolique. Dans un de ces accès, il s'était mis à crier : au secours ! à l'assassin !... et avait brisé un carreau ; il avait été dégrisé par l'air frais de la fenêtre. Dans l'autre accès, déjà ancien, la nuit, il avait tiré un coup de revolver, mais la détonation l'avait réveillé et rappelé au sentiment de la réalité. Il se plaignait, parfois, d'avoir des cauchemars, mais sans accuser de délire. Dans la journée qui précéda le meurtre, on n'avait constaté chez lui rien d'anormal, et c'est dans la soirée seulement qu'il se mit en état d'ivresse, en s'obstinant à rester au café malgré un de ses amis.

Nous l'avons vu pour la première fois à la maison d'arrêt, quatorze jours après son arrestation. Il nous a paru très ému et très impressionné de recevoir une visite, et lorsque nous lui avons demandé comment il avait été amené à frapper mortellement un homme, il s'est mis à fondre en larmes, en disant qu'il ne savait pas comment cela lui était arrivé. Il ne paraissait avoir conservé aucun souvenir de la scène du meurtre. On m'a présenté, nous a-t-il dit, un individu qui avait été tué, et que je ne connais pas du tout. Il s'est défendu d'être un ivrogne, en alléguant que pour placer des liquides dans les cafés, il était obligé de prendre des consommations, parce que ses clients étaient bien aises qu'on dépensât chez eux et n'eussent pas, autrement, accepté ses propositions. Il s'est plaint amèrement de son séjour

©BIUM

à la maison d'arrêt. Le contact avec le monde des prisons lui était très pénible, et le sentiment qui dominait en lui ne semblait pas être le regret d'avoir causé la mort d'un homme ; puis il a été amené à nous parler de sa croyance au spiritisme, et des évocations auxquelles il se livrait, ajoutant qu'il trouvait là une consolation dans son malheur. Nous n'avons constaté, chez lui, ni tremblement alcoolique, ni embarras de la parole. Il s'est plaint d'insomnies, mais n'a manifesté aucun délire systématisé.

La session des assises étant éloignée, nous avons pu prolonger notre examen pendant six semaines, avant de déposer notre rapport. Nous avons interrogé D... sur les scènes de délire dont nous avons déjà parlé, et il avait parfaitement conscience d'avoir été le jouet d'une illusion. Il paraît même s'en être rendu compte de suite, car, pour l'affaire du coup de revolver, il nous a dit que la détonation l'ayant réveillé, il avait eu cette pensée que les voisins devaient croire à un suicide, et il a, le lendemain, recherché les traces de la balle. Dans la circonstance plus récente où il avait brisé un carreau, il entendait, nous a-t-il dit, des voix. Il lui semblait qu'il y avait des gens qui étaient là pour lui faire du mal, mais il a encore eu, de suite, conscience de son erreur. « Heureusement, nous a-t-il ajouté, le froid m'a saisi, « car je me serais jeté par la fenêtre. » Pour employer son expression, il était sujet à de mauvais rêves, et nous lui avons fait expliquer ce qu'il entendait par là. Il nous a dit que ce sont des rêves où l'on voit des gens qui vous veulent du mal, où l'on voit qu'on va tomber dans des précipices. Il a encore rêvé qu'il pratiquait la crémation sur des personnes, et qu'il voyait des femmes nues danser autour de lui.

Pendant les premières semaines, il nous affirma n'avoir pas de cauchemar à la prison, mais il se plai-

©BIUM

gnait d'avoir de l'insomnie : plus tard, il manifesta une préoccupation étrange, celle de ne plus pouvoir donner de leçons de billard, enfin, il nous parla d'une apparition qui le tourmentait. Il voyait dans le dortoir, la nuit, derrière une vitre, la figure du juge d'instruction, et il crut reconnaître, parmi les prévenus, un des témoins entendus dans son affaire. Ces illusions n'ont pas persisté, et il reconnut, lui-même, qu'il était impossible de croire à la réalité de ces apparitions.

D... était fils d'un suicidé, et d'une mère morte aliénéé ; mais ces antécédents héréditaires ne suffisaient pas pour le déclarer aliéné. Il a eu des hallucinations de courte durée, sous l'influence de l'ivresse. Cette circonstance ne nous a pas paru constituer un véritable état d'aliénation mentale. Quant à l'apparition, la nuit, de la figure du juge d'instruction, nous avons cru devoir la rattacher aux hallucinations qui se produisent dans l'état intermédiaire entre le sommeil et la veille chez des individus préoccupés et ne peuvent pas constituer la folie. Rien d'anormal n'avait été constaté chez l'accusé dans la journée qui précéda le meurtre. A onze heures du soir, il était sous l'influence de l'excitation alcoolique, et le fait incriminé s'est produit quelques instants après sa sortie du café. D..., armé de sa canne à épée, a dû sortir la lame de la gaine lorsqu'il a rencontré des gens avinés comme lui. S'est-il cru provoqué, c'est ce que personne n'a pu dire et il a dû être agacé par celui qu'il a frappé mortellement. Rien n'indique qu'il ait eu, à ce moment, une hallucination ; il s'est éloigné sans courir, sans manifester la terreur d'un homme qui se croit menacé ou sous l'imminence d'un péril. Il a frappé sa victime, comme le ferait un homme peu patient qui enverrait rouler, d'un coup de poing, un ivrogne dans le ruisseau. Seulement, sa main était armée d'une arme dangereuse ; mais, le fait en lui-même ne nous a pas

©BIUM

présenté les caractères d'un acte délirant, et nous n'avons pu voir, dans l'acte incriminé, qu'une scène d'ivresse.

D... n'étant pas reconnu aliéné, nous avons conclu en ces termes :

« Nous n'avons pas à rechercher si, en raison de ses « antécédents héréditaires, l'accusé était plus ou moins « sensible à l'action de l'alcool. L'ivresse n'étant pas « admise comme excuse légale, nous ne pouvons pas la « discuter ; nous n'avons donc pas à invoquer l'irrespon- « sabilité en faveur de l'accusé. »

D... fut traduit aux assises, et fut habilement défendu. L'avocat plaida l'irresponsabilité, en invoquant que l'accusé, pour exercer sa profession, était obligé de boire, et qu'il n'avait pas la tête solide. L'avocat insinua, en outre, qu'on ne pouvait pas démontrer que la victime ne se fût pas enferrée elle-même sur la pointe de l'épée, et le jury rendit un verdict négatif entraînant l'acquittement. Nous n'avons pas été surpris de ce résultat. L'accusé n'était pas un assassin ordinaire, et il n'avait certainement pas eu l'intention de tuer. Nous n'avions pas, dans notre rôle de médecin, à examiner ce point qu'il appartenait au jury d'apprécier. Nous n'avons pas voulu discuter si un homme ivre est ou non responsable de ses actes. Nous soutenons avec la plus vive conviction qu'un aliéné est irresponsable. Nous croyons dangereux de soutenir l'irresponsabilité des ivrognes, alors qu'on se préoccupe, à juste titre, des progrès de l'alcoolisme.

©BIUM

Établissements d'aliénés.

DES

DISPOSITIONS DE L'ARTICLE V

DU PROJET DE LOI SÉNATORIAL

SUR LES ALIÉNÉS

CONSIDÉRATIONS SUR L'ORGANISATION MÉDICO-ADMINISTRATIVE DES ASILES, EN RÉPONSE A L'ESSAI CRITIQUE DE M. LE DOCTEUR CHAMBARD

par le Dr SAMUEL GARNIER

Directeur médecin en chef de l'asile de Dijon, membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Les divergences de vue et la controverse sur un sujet donné m'ont toujours paru devoir l'éclairer : telle est la véritable raison des lignes qui vont suivre ; aussi, que l'honorable et distingué contradicteur à qui je réponds, ne prenne point ombrage de la forme dans laquelle sont présentées mes critiques, car elles sont puisées, elles aussi, dans l'unique souci du bien du service, auquel nous appartenons tous deux. La profondeur d'esprit dont je le sais doué d'ailleurs, m'est un sûr garant qu'elles n'éveilleront chez lui ni dépit, ni susceptibilité. J'espère que ces réserves suffiront à faire comprendre à tous les lecteurs des *Annales*, qu'il ne peut s'agir ici que de l'intérêt supérieur des aliénés et non d'intérêts particuliers à servir ou à battre en brèche.

©BIUM

I. Si l'on veut bien ne pas oublier qu'avant la discussion au Sénat du projet de loi sur les aliénés, une enquête administrative sollicita les réflexions écrites des médecins d'asile chefs de service, sur toutes les dispositions du projet de loi en question, on s'étonnera à bon droit du reproche d'abstention que M. le Dr Chambard fait aujourd'hui au plus grand nombre de ses collègues. Ce reproche nous paraît d'autant moins mérité que de véritables cahiers furent alors rédigés, et il n'est pas illogique de supposer que la commission sénatoriale dut s'inspirer, dans la rédaction des articles de son projet et principalement dans celle de l'article V, des avis autorisés qu'on lui fournissait sur la matière.

Or, en conservant, dans celui-ci, le principe de la réunion des fonctions médico-administratives, il est hors de doute que cette commission n'a fait que sanctionner ainsi les vœux raisonnés de la majorité des membres du corps médical aliéniste. Et pour sauvegarder encore les droits d'une minorité, qui pouvait être hostile à cette centralisation dans les mêmes mains des pouvoirs de directeur et des fonctions de médecin en chef, le même article précité ouvre la porte à la mesure spéciale de la séparation des fonctions. Cette solution pratique devait satisfaire toutes les opinions et c'est le contraire qui se produit. Quant à moi, je l'avoue sans embarras, l'article V me paraît d'autant plus acceptable qu'il n'est pas absolu, qu'il fait précisément fléchir le principe de la réunion des fonctions, en permettant qu'il y soit dérogé quelquefois, mais avec cette sanction obligatoire de l'avis conforme du comité suprême des aliénés. M. le Dr Chambard est opposé à la séparation des fonctions et en fait une critique pleine de verve et de vérité, je n'y contredirai rien ; mais il fait aussi le procès de la réunion des fonctions, telle qu'elle existe aujourd'hui, et propose un système nouveau en

©BIUM

apparence, mais qui, en réalité, tient le milieu entre celui de MM. Bourneville et Constans. J'ai lu les raisons qu'il invoque pour l'appuyer, les critiques qu'il adresse aux autres systèmes, les arguments qu'il accumule contre l'unité médico-administrative actuelle, et j'ai le regret de le lui dire, il ne m'a point convaincu. Du reste, il faut l'avouer, c'est bien moins contre le principe d'une seule autorité dans l'asile, celle du médecin, que contre son application dans la pratique qu'il lutte, estimant que le médecin est entravé dans sa mission par des étreintes journalières qui paralysent son activité.

Quelles sont les raisons victorieuses à invoquer contre un article, dont les dispositions adoptées en Angleterre, en Allemagne, en Italie, en Serbie, de l'aveu de notre contradicteur, sont encore soutenues par des médecins tels qu'Esquirol, Falret, Parchappe, Renaudin et le regretté Foville, article enfin qui consacre après une expérience de cinquante ans, le principe de la réunion en une seule main des attributions de directeur et de médecin ? Nous allons les examiner et les juger.

Avant d'aller plus loin, qu'il nous soit permis de rappeler d'abord que la grande enquête de 1869, ayant eu déjà à s'occuper de la question de l'unité de direction des asiles, la résolut dans le sens de la réunion des fonctions de directeur et de médecin en chef, que les conclusions du rapport présenté au nom du cinquième groupe de la deuxième commission extra-parlementaire (1880) furent favorables aussi au principe de la réunion des fonctions et enfin qu'en 1870, sur la proposition de sa commission parlementaire, la Chambre des députés s'y rallia complètement, puisqu'elle repoussa une proposition de loi qui assimilait les directeurs et les médecins d'asiles publics aux fonctionnaires de l'Etat, « estimant que cette dernière loi devait suivre et non précéder une ré-

©BIUM

forme du personnel des asiles, en particulier la suppression des directeurs non médecins. » La division des attributions, disait notamment le rapporteur, M. Minard, « ne peut avoir d'autres résultats que de créer de regrettables et dangereux conflits, de confondre la responsabilité, de gêner, d'entraver les services, plaçant constamment en face deux volontés, dont l'une est toujours raisonnée, consciente, et dont l'autre n'est que trop souvent inconsciente et capricieuse. Une direction unique suffirait donc, celle du médecin, secondé par des employés nécessaires. »

II. — Le premier inconvénient d'une direction médicale dans les conditions actuelles et futures, est d'ordre purement administratif et réside, nous dit M. Chambard, « dans l'incompétence relative des médecins attachés dès le début de leur carrière, à des fonctions auxquelles ne les ont préparés ni leurs études ni leurs emplois antérieurs. » Quoique relative, notre confrère, on le voit, admet en principe l'incompétence des médecins à diriger les asiles conformément aux règlements en vigueur aujourd'hui ; l'aptitude à cette fonction n'ayant pu leur être fournie ni par leurs études, ni par leurs emplois antérieurs. Cette affirmation me paraît singulièrement exagérée. Depuis longtemps, en effet, l'administration supérieure a renoncé à nommer d'emblée directeur médecin, alors qu'elle le fait encore quand il s'agit d'une direction purement administrative, et il me semble alors que l'emploi de médecin adjoint, exercé pendant six ou sept ans, prépare au contraire fort bien à une direction médico-administrative. — Quels sont, en effet, les devoirs de ce futur chef de service ? Les voici magistralement exposés par un directeur médecin, M. Bonnet, dans un de ses rapports (1). — « Le méde-

(1) Rapport pour l'exercice 1883 sur l'asile de Châlons-sur-Marne, par le Dr Bonnet. Imp. Martin et Leroy, Châlons, 1884.

©BIUM

cin adjoint qui doit posséder, sous toutes ses formes, les particularités multiples du service médical, doit aussi s'attentionner aux visites faites aux malades, à la physionomie familiale et à ses conséquences ; il devra s'habituer à la réserve et à la discrétion, apprendre de bonne heure les rapports qu'on se doit entre administrations, comprendre que pour bien vivre ensemble dans l'intérieur d'un établissement, on se doit des modérations réciproques et que la résultante arrive fatalement à un bon mécanisme pour toutes les utilités de service, dont, en dernier lieu, profitent toujours les aliénés. Il doit enfin se mettre en rapport *avec les bureaux de la direction et de l'économat* afin de connaître *les principaux détails administratifs, n'être point pris au dépourvu* dans une suppléance et se trouver également prêt le jour où le ministère l'appelle ailleurs, pour remplir son mandat. » Il est bien entendu, toujours d'après M. Bonnet, que cet apprentissage doit être favorisé par le chef hiérarchique de l'adjoint, c'est-à-dire par le directeur médecin en chef, qui, considérant celui-ci comme « son *alter ego* », doit le mettre au courant des plus petits détails d'administration, et même proposer de l'admettre aux délibérations de la commission de surveillance. Et s'il en a été ainsi, ce dont je n'ai nulle envie de douter, que devient cette prétendue incompétence qui serait le vice rédhibitoire de nos confrères MM. les adjoints ? Il me semble, au contraire, qu'un commerce de six à sept ans avec des maîtres, leur facilitant ainsi l'acquisition des connaissances nécessaires à leurs fonctions futures, doit être un noviciat amplement suffisant pour qu'on puisse leur confier alors le pouvoir directorial sans crainte aucune. Ils ont dû, en effet, acquérir le « savoir et l'autorité nécessaires », bien mieux que ces hommes sortis d'une « filière » future et fantaisiste dont notre honorable confrère rêve la création.

©BIUM

J'ai montré qu'avant d'être chef de service, le médecin-adjoint avait à sa disposition tous les éléments théoriques, pour être à même de contrôler et de diriger en personne tous ses services (1). Mais admettons qu'au lieu d'avoir eu la bonne fortune de tomber sur un chef de service de l'école de M. Bonnet, le traitant comme « son *alter ego* », il ait été sous les ordres d'un confrère qui l'a traité en ennemi et s'est conduit comme tel à son égard, le voilà « administrateur novice » aux prises avec les difficultés de son pouvoir nouveau. Eh bien! même dans ce cas, n'a-t-il pas tout au moins vécu, quoique mis à l'écart, dans l'atmosphère de l'asile ? Cela suffit déjà pour lui inspirer de la prudence, de la perspicacité, et lui donner, administrativement, une supériorité indéniable sur tous ceux que les hasards de la politique ou de la faveur ont fait ses collègues administratifs, du jour au lendemain. Si ceux-ci connaissent certains dessous de la politique, notre jeune directeur médecin, « novice encore », connaît tous les dessous d'un asile; après une étude pratique de quelques mois, il aura, avec la collaboration d'un secrétaire de direction rompu au métier et la tenue des registres réglementaires, suffisamment acquis, pour vérifier la caisse du receveur, surveiller l'économe, etc. Il est à remarquer à ce propos qu'en général les écritures sont irréprochables, aussi bien dans la gestion matières que dans la gestion deniers, et que s'il y a des infidélités, elles existent surtout dans les services économiques, se traduisant, ici, par des détournements de produits récoltés, là, par des réceptions abusives de marchandises ne répondant point aux exigences du cahier des charges ou des majorations journalières de poids sur la viande livrée, etc.; or, les

(1) Il est même regrettable qu'avant sa promotion à l'emploi de directeur médecin, cette aptitude de l'adjoint ne soit pas établie par une sorte d'examen administratif.

©BIUM

livres trahissent-ils de pareils écarts ? Les écritures ont-elles jamais témoigné d'un pot de vin reçu pour une denrée de qualité médiocre indûment acceptée, ou un marché conclu désavantageusement pour l'asile? Non ! ces différentes malversations, ni la vérification de la caisse, ni l'épluchage des factures, ni les visites aux magasins, ne les mettront en lumière. Pour les éviter, tant il est vrai que les fonctions n'ont de valeur que par les hommes qui les remplissent, il y a deux moyens: le choix d'un personnel honnête, consciencieux et la séparation des fonctions de receveur et d'économe. Il n'est pas admissible, en principe, que la personne chargée de l'achat et de la réception des marchandises soit celle qui, plus tard, devra en acquitter le montant. Le moindre inconvénient de ce système, est l'absorption d'un service par l'autre ; nous reviendrons sur ce point.

Outre l'incompétence administrative que nous venons de réduire à sa juste et bien minime valeur, le second inconvénient d'une direction médico-administrative résiderait dans l'antinomie morale qui sépare la fonction de directeur et de médecin. De ces deux hommes fondus en un seul, qui l'emportera, demande M. Chambard, chez le directeur médecin? Eh bien, qu'il le sache, ni l'un ni l'autre, pour la bonne raison suivante : c'est qu'il ne peut y avoir lutte, en face d'un budget souvent trop maigre, et qu'un prix de journée parfois dérisoire imposant sa loi aux deux parties, celles-ci ne peuvent avoir la velléité d'une revendication quelconque. Et dans ce cas, qui est loin d'être rare, depuis que la loi de 1871 a donné aux conseils généraux le droit de voter le budget de l'asile en recettes et en dépenses, y aurait-il quelque chose de changé, si des doléances, au lieu d'émaner d'un directeur médecin, étaient formulées, d'un côté par un directeur, de l'autre par un médecin en chef, même marchant ensemble la main dans la main ? Cer-

©BIUM

tainement non. Quand, au contraire, le budget est bien doté, s'il arrive parfois que chez le directeur médecin, le directeur l'emporte sur le médecin, dans ce cas, la faute n'en doit pas non plus être imputée à l'homme, c'est-à-dire au système, mais aux mœurs administratives actuelles ou plutôt encore à la législation. Fonctionnaire hybride, le directeur médecin relève du pouvoir central qui le nomme, mais en fait il est à la merci de son conseil général (1); son objectif est donc de vivre en bonne harmonie avec lui et surtout d'entrer dans ses vues en matière d'assistance, s'il ne veut pas être déplacé (2).

Et ces conditions ne seront-elles pas toujours les mêmes tant qu'on maintiendra aux conseils généraux les prérogatives de voter, sans contre-poids aucun, le budget de l'asile départemental et de disposer ainsi de recettes dont l'origine est souvent étrangère au département? C'est donc aujourd'hui le conseil général qui fait la loi au directeur médecin et cette situation explique beaucoup mieux qu'une prétendue antinomie morale toute fantaisiste, comment dans certains cas, le directeur a, chez le même homme, le pas sur le médecin. Indiquer le mal, c'est signaler le remède.

J'aborde maintenant le point plus délicat, celui du point de vue scientifique. « Est-il donc vrai, comme le

(1) Parlant des droits des conseils généraux depuis la seule loi de 1866, aggravée plus tard par celle de 1871, M. Durangel (séance du 30 juin 1870, de la commission extra-parlementaire instituée en 1869) disait: « Les modifications du personnel sont dans la pratique usuelle, subordonnées à leur assentiment »; et M. Blanche, membre de la commission, ajoutait, sans être démenti: « qu'avec les droits dont les conseils généraux étaient investis, ils pourraient aller jusqu'à refuser de voter les frais d'entretien des aliénés ou même jusqu'à fermer l'asile départemental. » D'où il résulte que les dispositions obligatoires d'assistance de la loi de 1838, qui se trouvaient déjà quasi supprimées par la loi de 1866, le sont encore bien davantage par celle de 1871.

(2) Le déplacement ne serait qu'un accident s'il ne s'aggravait d'une note sur le fonctionnaire, note qui le suivra dans toute sa carrière, quoi qu'en pense M. Chambard.

©BIUM

soutient notre érudit confrère, que le « directeur tue le médecin » ; en d'autres termes : les fonctions de directeur médecin sont-elles véritablement de nature à empêcher l'essor scientifique du titulaire, en lui enlevant la liberté d'esprit nécessaire pour mener à bien « des travaux scientifiques et le traitement des malades » ? M. Chambard s'illusionne étrangement s'il croit sincèrement qu'il suffirait de séparer les fonctions de directeur et de médecin, pour assister aussitôt à un réveil scientifique dont le besoin se fait sentir. Il pense sans doute triompher en nous citant les noms des Esquirol, des Calmeil, des Falret, des Morel, etc., qui ont été médecins en chef seulement et ont tant illustré la médecine aliéniste. Or il est permis de se demander si, pour de pareilles intelligences et de tels esprits, il n'eût pas été possible de mener de front avec le même succès leurs travaux de médecin et de directeur ? Rien n'autorise à affirmer qu'investis de fonctions médico-administratives, le directeur, chez eux, eût tué le médecin.

N'avons-nous pas, en effet, comme exemple de cette dualité de fonctions remarquablement remplies par le même homme, la grande figure de Renaudin, aujourd'hui disparue, sans compter d'autres personnalités contemporaines qu'il me serait facile de citer et dont les travaux témoignent surabondamment d'une ardeur scientifique de bon aloi, malgré leurs occupations directoriales ? Du reste, il n'est pas donné à tout médecin d'être doué de facultés puissantes d'assimilation et de travail, de posséder un esprit scientifique et synthétique capable, par sa souplesse, d'aborder les travaux les plus divers et les plus opposés. A côté d'intelligences supérieures pour lesquelles un tel labeur n'est qu'un jeu, il y a des intelligences moyennes qui ne sauraient se plier à ses exigences. Une armée, au surplus, se compose-t-elle uniquement de capitaines, et faut-il négliger les simples

©BIUM

combattants ? Il en est de même dans le cadre des médecins aliénistes ; à côté de ceux dont les recherches scientifiques ne se comptent plus, il y a des unités plus modestes qui, si elles n'ont ni les aptitudes ni même la liberté d'esprit pour mener à bien des recherches originales et personnelles, possèdent néanmoins suffisamment de connaissances pratiques pour traiter « méthodiquement leurs malades et diminuer leur séjour dans les asiles » avec les moyens dont elles disposent. Or c'est là leur tâche quotidienne et principale, les travaux scientifiques ne devant venir que par surcroît. Je concéderai toutefois volontiers que les fonctions exclusives de médecin en chef sont moins absorbantes et partant doivent laisser, théoriquement du moins, plus de temps à ceux qui les remplissent, pour cultiver la science pure. Mais, dans ce cas, on devrait plus exiger des titulaires et je ne sache pas, au moins dans les asiles départementaux, que la fécondité scientifique des médecins en chef soit remarquablement plus accentuée que celle de leurs confrères directeurs médecins. Ceux qui sont autre chose que « des machines à certificats » ne sont pas moins nombreux, toutes choses égales d'ailleurs, chez les premiers que chez les seconds (1). Quoi qu'il en soit de la valeur comparée des uns et des autres et même des aliénistes d'autrefois, médecins en chef seulement, avec celle des aliénistes d'aujourd'hui, directeurs médecins, il est certain que la formule « le directeur tue le médecin » est trop brutale et peu conforme à la réalité des faits.

Et comme si, dans la thèse de M. Chambard, l'incompétence du médecin comme directeur, et l'effacement absolu de l'homme de science devant l'homme adminis-

(1) Du reste, pour être « machine à certificats », il faut déjà, de l'aveu même de M. Chambard, avoir un tact qui ne s'acquiert qu'avec l'expérience.

©BIUM

tratif, quand les fonctions sont réunies, ne suffisait pas à ruiner le principe de la réunion des fonctions, notre honorable confrère prétend emprunter un dernier et péremptoire argument à l'impossibilité, reconnue par les directeurs médecins eux-mêmes, de remplir leurs doubles fonctions. Ceux-ci, en effet, ne craindraient point, paraît-il, de violer notamment l'article 60 du règlement de service intérieur de 1859 et confient certaines parties du service médical à leurs adjoints. Pour ma part, je n'ai jamais vu cette manière de procéder passée en principe ; il se peut qu'elle soit devenue une règle dans les asiles de la Seine, assez favorisés, mais en province c'est tout différent.

Au surplus, M. Chambard me paraît d'autant plus mal venu à critiquer, après coup, cette pseudo-violation d'un règlement toujours revisable, qu'en somme, s'il a, étant encore simple adjoint et pour certaines parties du service médical, rempli les fonctions de chef de service, c'était par ordre de son chef hiérarchique qui rendait ainsi, à n'en pas douter, un véritable hommage au savoir et aux connaissances de notre confrère. Qu'il en soit résulté pour lui des ennuis administratifs, il y a d'autant plus à le regretter qu'il aurait dû être couvert par le directeur médecin en chef. Mais dans les asiles départementaux, les choses ne se passent guère de cette façon et dans la plupart d'entre eux le médecin adjoint, s'il y en a un, se meut dans les limites du règlement de 1859, dont certains articles, plus ou moins bien interprétés, peuvent même lui causer assez de tracas, ce qui s'est vu. On m'a même raconté que certains chefs de service, très jaloux de leur autorité réglementaire, n'admettaient même point un traitement, institué par l'adjoint à la contre-visite du soir, malgré ses indications, et s'empressaient d'en ordonner un autre, à la visite du lendemain, qui n'en différait que par la forme. Dans ce

©BIUM

cas, loin de trouver que le médecin en chef se décharge, parfois abusivement, sur son adjoint des prérogatives de médecin traitant, on pourrait dire, au contraire, qu'il le tient trop en lisière.

Tant que le règlement de 1859 sera en vigueur, les exceptions dont nous parle M. Chambard ne peuvent être généralisées et approuvées, elles ne seront régularisées et permises que lors de la refonte de ce règlement.

De tous les inconvénients accumulés contre le principe de l'unité médico-administrative, il reste donc bien peu de chose, aussi doit-on chercher ailleurs que dans le besoin de détruire ces prétendus inconvénients, la raison de la division des fonctions. A part cette différence d'appréciation de l'origine véritable d'une mesure, qui est loin de donner en pratique les résultats attendus d'elle, je m'associe trop aux critiques et aux réserves de M. Chambard, pour méconnaître l'exactitude de son tableau des heurts journaliers qui se produisent entre directeur et médecin en chef, quand les fonctions sont séparées. Sans l'espérer, je souhaite ici à sa franchise le don de convaincre sans péril qui de droit en haut lieu.

III. — Pour obvier en pratique aux inconvénients de la réunion des fonctions, et aux vices plus grands encore de leur séparation, M. Chambard préconise une combinaison qui, quoi qu'il en dise, se rapproche singulièrement du système de la séparation des fonctions, malgré le titre de directeur qu'il conserve au médecin. C'est en somme une aggravation du projet de M. Bourneville, dans lequel la besogne administrative était laissée à un agent comptable hiérarchiquement subordonné au directeur médecin. Or, cet agent comptable nous avait paru déjà, à l'époque, soit faire double emploi avec le receveur, s'il manie des deniers, soit avec le secrétaire de la direction, s'il ne fait que s'occuper de la « paperasserie

©BIUM

administrative ». M. Chambard change la désignation d'agent comptable en celle d'administrateur, fait sortir celui-ci d'un concours spécial pour le placer à côté du médecin en chef, la plus haute autorité de l'asile, en fixant ainsi leurs attributions respectives : au directeur médecin, chargé « de la haute direction morale de l'établissement », le droit de présenter et de dépenser « son budget médical » ; à l'administrateur, le soin de surveiller l'économe, et la charge de la paperasserie courante, qui rentre dans les attributions actuelles du médecin considéré comme directeur. J'ai peu de chose à objecter contre la création, dans cette organisation nouvelle, d'un emploi de chef de culture, sorti d'une école nationale d'agriculture, et l'introduction, dans la commission de surveillance, de nouveaux membres propriétaires ou agriculteurs du pays ; mais la conception maîtresse du projet de M. Chambard, c'est-à-dire l'administrateur, qui, avec les pouvoirs qui lui sont conférés, ne se « parera pas du titre abusif de directeur », elle me paraît plus séduisante en théorie qu'en pratique et je la combats avec une entière conviction. Comment ! votre administrateur aura la police générale de l'établissement, la surveillance de l'économe, sans doute aussi celle du receveur, la préparation, même la dépense, du budget économique, l'entretien du matériel, l'exécution des résolutions prises sur son *initiative* ou sur celle du directeur, par la commission de surveillance (1), et vous voulez qu'il ne se pare pas du titre de directeur, alors qu'il a encore sous ses ordres économe et employés d'administration ! Il faudrait bien peu connaître la nature humaine pour imaginer qu'il en sera ainsi, surtout si l'on songe que votre administrateur sera issu

(1) Il y a ici une grave erreur de fait, la commission n'administre pas, elle donne des avis qui peuvent ne pas être suivis.

©BIUM

d'un concours, et pour admettre que la haute direction morale du médecin ne deviendra pas purement nominale. Là, où il n'y avait qu'un chef, il y en aura forcément deux, et il n'est pas difficile de pronostiquer encore, lequel l'emportera sur l'autre. Et si le directeur, ainsi amoindri, a des velléités de ressaisir un pouvoir débile, quelle source intarissable de conflits, de tiraillements? N'est-ce pas le cas de dire qu'on tomberait de Charybde en Scylla, et que le vice inhérent à la division des fonctions de directeur et de médecin reparaîtrait, d'autant plus aggravé, qu'une législation nouvelle et plus étudiée aurait consacré l'excellence de son principe. Il y aurait, en outre, deux ordonnateurs, l'un pour le budget de la médecine, l'autre pour le budget administratif, comme si cette dualité pouvait être admise dans notre droit financier. Quant à la responsabilité, serait-elle aussi partagée, ou faudrait-il que le directeur l'assume en couvrant son subordonné en droit, mais qui ne le serait pas en fait? Dans ce dernier cas, quel triste cadeau à faire que plus d'un directeur voudra repousser. Enfin qui vérifiera la caisse du receveur?

M. Chambard avoue lui-même les difficultés de détail de son projet, et dans la crainte que, dans les petits asiles, le côté pécuniaire seul de son système le fasse échouer, il consent à confier les pouvoirs de son administrateur à l'économe, de sorte que si celui-ci est déjà receveur, il se contrôlera lui-même à tous les points de vue, et réunira tous les pouvoirs. Une telle combinaison se réfute d'elle-même. De plus il confie, dans ce cas, l'ordonnancement des dépenses à un membre de la commission ; or, il y a une impossibilité légale et matérielle à ce qu'il en soit ainsi. Si, dans un hospice ordinaire, les fonctions d'ordonnateur sont remplies par un membre de la commission, c'est parce que celle-ci administre, tandis que, dans les asiles, elle ne fait qu'émettre des

©BIUM

avis. On ne peut donc remettre, à titre permanent, entre les mains d'un membre de la commission de surveillance, les fonctions d'ordonnateur, sans changer immédiatement le caractère légal de l'asile d'aliénés. D'autre part, il y a impossibilité de fait à trouver, dans les asiles éloignés ou non, un membre prêt à signer quotidiennement des mandats de recettes et de dépenses, tant sur les services budgétaires que sur les services hors budget.

Quant au chef de culture sortant de Grignon ou d'une école similaire que M. Chambard voudrait dans son projet voir remplacer « le paysan grossier » qui est à la tête de la culture de l'asile, je ne vois qu'un intérêt tout secondaire à s'en préoccuper. Si l'asile possède un domaine très étendu, il est possible qu'un élève d'une école d'agriculture soit utile, s'il veut bien accepter le modeste emploi de chef de culture; mais à quoi servira-t-il, si la culture est seulement maraîchère et vinicole? Dans ce cas, un jardinier maraîcher et au besoin un vigneron suffiront amplement à tous les besoins du service. Le domaine cultural, en effet, ne doit pas être étendu au delà de certaines limites et l'exploitation agricole des frères Labitte ne m'a jamais paru un modèle bon à imiter. Plus pratique, à mon avis, est le projet de M. Constans dont M. Chambard nous retrace les grandes lignes, et s'il me fallait opter entre les trois systèmes connus de nos lecteurs, je n'hésiterais pas à choisir le sien, dont je retiens notamment les indications au point de vue de l'élaboration d'un nouveau règlement de service intérieur, mais en repoussant son régisseur, comme j'ai repoussé avec raison l'agent comptable de M. Bourneville et l'administrateur de M. Chambard. Qu'est-il besoin en effet des uns ou des autres dans l'organisation médico-administrative que nous voulons voir maintenir, déjà pourvue qu'elle est du secrétaire de direction, véritable auxiliaire, subordonné immédiat du

©BIUM

directeur médecin en chef et qui a proprement parler devrait être un véritable chef de service? Mais pour cette fonction ingrate, il faut, dit M. Bonnet (*loco citato*), « un homme qui ait pu acquérir beaucoup de connaissances et qui, comme le directeur qu'il représente dans un certain mode, possède toutes les particularités des phénomènes médicaux et administratifs ; qui ait du tact, de la réserve en tout et soit complètement pénétré de la loi, des règlements et des instructions, parce qu'il n'y a pas une seule portion de tous les détails d'un asile, sans exception, qui ne vienne converger à lui. » Si ce secrétaire type n'existe pas toujours, voilà cependant ce qu'il devrait être, et avec un collaborateur supposé tel, les médecins peuvent amplement suffire à la double tâche qui leur incombe quand les fonctions sont réunies. Il ne s'agit pour cela que d'étendre un peu les attributions actuelles et modifier pour l'avenir l'origine des secrétaires de direction en élevant le niveau de leurs connaissances.

VI. — L'article VI du projet de loi sénatorial remet la nomination du secrétaire au préfet, sur la présentation du directeur et de la commission de surveillance ; cela ne peut suffire, il fallait la laisser au ministre avec obligation pour lui de le prendre dans un corps de surnuméraires à créer, et dans lequel on n'aurait accès qu'en vertu de certaines connaissances ou de certains diplômes. Une fois admis comme surnuméraires, les candidats ne seraient titularisés dans les fonctions de secrétaires qu'après aptitudes constatées, comme cela se pratique pour les commis stagiaires rédacteurs des ministères. Leur stage durerait dix-huit mois au moins, dont six à la recette, six à l'économat, six au secrétariat d'un asile désigné par le ministère, asile qui leur fournirait pendant ce temps la nourriture et le logement. Il y aurait un tableau d'avancement dont les

©BIUM

directeurs médecins fourniraient une partie des éléments, et la nomination ainsi que l'avancement se feraient sur l'ensemble des asiles. Comme mesure corrélative nécessaire, c'est dans le cadre des secrétaires ainsi rajeuni, que devraient être choisis rigoureusement dorénavant les économes et les receveurs, car un bon secrétaire est éminemment préparé à l'une où l'autre de ces fonctions. Par mesure disciplinaire, nécessités de service ou d'avancement, ils devraient les uns et les autres, mais surtout les receveurs et les économes, pouvoir être déplacés aussi facilement que les médecins. L'inamovibilité à peu près complète actuelle du receveur et de l'économe est un dissolvant de l'autorité directoriale, et comme souvent cette inamovibilité s'aggrave encore d'un recrutement local de ces fonctionnaires, on conçoit, combien dans certains cas, il devient difficile à un directeur de rappeler à l'ordre un homme du pays, ayant de l'entregent et qu'on ne déplace jamais. Du reste, économes ou receveurs sentent si bien l'avantage de leur inamovibilité qu'ils ne craignent souvent pas de dire : « les directeurs passent et nous restons », au grand détriment du service.

Telles sont, à mon avis, les détails pratiques qui assureront avec tous ses avantages l'unité médico-administrative inscrite dans l'article V du projet de loi sénatorial. Avec un secrétaire comme nous le concevons, le directeur médecin pourra se décharger sur lui d'une foule de détails d'administration, lui confier la rédaction d'une grande partie de la correspondance. Un avancement certain sera la récompense future du zèle d'un modeste employé rivé dans ses fonctions et qui pourra ainsi légitimement prétendre aux fonctions de receveur et d'économe. A côté de l'amélioration pour l'avenir du sort des secrétaires, résultat de l'adoption de notre système, se place en outre un double avantage ;

©BIUM

celui de la suppression de l'origine décentralisatrice des receveurs économes, et ensuite l'uniformisation des règles administratives, variables aujourd'hui d'un établissement à un autre, par le roulement qui devra s'opérer entre les titulaires de la recette, de l'économat et du secrétariat.

La possibilité de la séparation des fonctions de directeur et de médecin, résultant également de la loi future, il importe d'en dire un mot en terminant. Et d'abord il est profondément regrettable qu'on puisse légalement continuer de confier les fonctions directoriales à d'autres personnalités qu'à des médecins, et à des médecins de la carrière. Si la séparation des fonctions, dont nous restons l'adversaire, paraît toujours à quelques esprits une nécessité qui s'impose, tout au moins ne devrait-elle être appliquée que dans les grands asiles. Dans ces cas particuliers et limités, il serait à désirer alors, que la direction administrative de ces asiles soit remise entre les mains d'un directeur médecin, qui s'est déjà spécialisé comme administrateur, dont les aptitudes se sont révélées par des gestions antérieures remarquables et qui a donné son assentiment à une option pour des fonctions purement administratives. De même, les postes de médecins en chef devraient être plus particulièrement attribués à ceux qui cultivent la science pure et pour qui les fonctions directoriales ont peu ou pas d'attrait. Il est bien entendu que pour cette espèce de bifurcation, comme pour l'avancement en général, les notes sur les chefs de service devraient être données d'après d'autres éléments qu'aujourd'hui, et dont les principaux seraient puisés dans les rapports médico-administratifs (1), les notes d'inspections plus fréquentes, etc.

(1) Pourquoi n'y aurait-il pas au ministère de l'intérieur une commission chargée d'examiner annuellement les rapports des

©BIUM

Mais tout cela, nous dira-t-on, est d'une centralisation excessive : Je ne m'en défends point, estimant qu'en matière d'assistance et surtout d'assistance des aliénés, la décentralisation ne fait que consacrer sa décadence, sinon sa ruine.

---

directeurs et directeurs médecins, d'en opérer un classement, en un mot d'en tirer des indications sur les besoins du service? Une ou plusieurs récompenses, comme dans la médecine militaire, pourraient être attribuées aux auteurs des rapports les plus méritants. Il y aurait là, je crois, une émulation très profitable.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1890

Présidence de M. BALL

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

Installation du bureau (suite).

M. Ball, président. — Messieurs, parmi toutes les distinctions qui me sont échues dans le cours d'une carrière déjà longue, il n'en est aucune qui m'ait causé une plus vive satisfaction que celle que vous m'avez accordée. Présider la Société médico-psychologique, s'asseoir à la place de Baillarger, de Lasègue et de diriger les délibérations d'un si grand nombre d'éminents collègues, voilà sans doute une distinction qui pourrait contenter l'ambition la plus orgueilleuse ; mais ce qui donne surtout un prix inestimable à cette nomination, c'est qu'elle est l'expression de la sympathie du corps des aliénistes français, auquel je me fais honneur d'appartenir ; ce qui double la valeur de vos suffrages, c'est que vous m'avez donné pour prédécesseur mon maître et ami Jules Falret et pour successeur mon collègue et ami Bouchereau. Heureux de me trouver entre ces deux figures sympathiques, encore une fois, messieurs, je vous remercie et je ferai tous mes efforts pour me rendre digne de la marque de bienveillance que vous m'avez accordée.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Th. Roussel, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

©BIUM

2° Une lettre de M. Rist, demandant à être nommé membre titulaire. — Renvoyé à la commission précédemment nommée ;

3° Une lettre de candidature de M. Thivet au titre de membre correspondant. — Commission : MM. Christian, Ritti et Rouillard, rapporteur.

Rapport de la Commission des finances.

M. GUIGNARD, au nom de la Commission composée de MM. Mitivié et Guignard, fait l'exposé financier de la Société pour l'année 1889.

Recettes. — L'excédent des recettes au 31 décembre 1888 forme le 1er article du compte de l'exercice 1889, soit 7,819 80

Recouvrements effectués en 1889, 1,508 f. 10 qui se décomposent comme suit :

1° Cotisations	962 »	
2° Droits de diplômes.	180 »	1,508 10
3° Recettes diverses.	366 10	

Total général des recettes. 9,327 90

Dépenses. — Les dépenses faites pendant l'exercice 1889 sont représentées par une somme totale de. 1,021 30

Excédent de recette. 8,306 60

composé de 1° Rentes. 5.090 05
2° En caisse 3,216 55

qui est reporté à l'exercice ouvert le 1er janvier 1890.

Comptes particuliers des fondations. — Ces comptes accusaient, au 31 décembre 1888, une encaisse de . . . . . fr. 2,879 45

Arrérages recouvrés en 1889 . . . . . fr. 1,200 »

Situation au 31 décembre 1889. . . . . 4,079 45

Cette somme de 4,079 fr. 45 est attribuée à la fondation Aubanel, pour. . . 2,794 45
— Belhomme, pour. . . 1,135 »
— Moreau de Tours, pr 150 »

La Commission propose d'approuver le compte de gestion pour l'année 1889, et de voter des remerciements

©BIUM

à M. le trésorier dont les écritures rendent si facile la tâche de la Commission des finances.

Les conclusions du précédent rapport sont mises aux voix et adoptées.

Rapport de candidature.

M. SAURY. — Messieurs, vous avez reçu de M. le Dr Julio de Mattos, médecin de l'asile d'aliénés de Porto, une demande d'admission à la Société médico-psychologique, en qualité de membre associé étranger. Notre confrère avait pris soin de se recommander d'avance à vos suffrages. En même temps que sa lettre de candidature, il vous adressait une longue série de travaux concernant notre spécialité. Travaux importants, je m'empresse de le dire, plus encore par la qualité que par le nombre, et qui méritaient mieux certainement que la simple indication ou la courte analyse qu'il m'est permis de leur consacrer dans ce rapport.

Pour respecter l'ordre chronologique, je citerai d'abord la thèse inaugurale de M. de Mattos, soutenue le 24 juin 1880, devant la Faculté de médecine de Porto. C'est une étude médico-psychologique sur les hallucinations (1), qui a eu les honneurs d'un second tirage. Dans une discussion approfondie, l'auteur examine les diverses opinions courantes sur la nature, l'étiologie et la pathogénie des troubles sensoriels. Voici quelques-unes de ses conclusions : l'hallucination n'est pas toujours un symptôme de folie ; elle ne constitue parfois qu'un acte purement physiologique. Ses causes prédisposantes se résument dans une seule : l'hérédité. Le mécanisme hallucinatoire demeure sous la dépendance du fonctionnement anormal des couches optiques ; mais, contrairement à la théorie de M. Luys, adoptée sans restriction par M. Ritti, la lésion déterminante initiale peut siéger en n'importe quel autre point de l'appareil perceptif : nerfs et organes des sens, région corticale. Abordant ensuite le côté philosophique de la question, notre confrère réfute les doctrines idéaliste et réaliste, pour se déclarer, avec le positivisme, partisan de la

(1) *As hallucinações*, 2e édition ; Porto, 1880.

©BIUM

« relativité » des phénomènes qui nous impressionnent.

Je ne veux rappeler qu'un détail significatif, touchant le *Manuel des maladies mentales* (1) dont M. Julio de Mattos vous a fait hommage. C'est que, paru en 1884, il était déjà épuisé en 1886. Très apprécié au Portugal et au Brésil, ce livre n'est pas inconnu chez nous, quoique écrit en langue étrangère : au moment de sa publication, il fut l'objet de comptes rendus élogieux, dans plusieurs journaux français, de la part notamment de MM. Ritti et Régis, nos savants collègues. M. de Mattos prépare une nouvelle édition de son ouvrage, revue et augmentée ; elle aura, sans nul doute, le même succès que la précédente.

Treize articles ou mémoires plus étendus complètent l'œuvre scientifique actuelle de notre distingué confrère. Les uns figurent, en bonne place, dans les recueils de médecine portugais. D'autres ont été réunis en un volume intitulé : « *la Folie, études cliniques et médico-légales.* »

Parmi les premiers, une note, avec dix observations à l'appui, est consacrée au *Diagnostic de la paralysie générale* (2). L'auteur a voulu prouver que la démence est la caractéristique constante de l'état mental du paralytique, quelle que soit la forme du délire. Tous les actes du malade sont frappés, dès le début, au coin de cette déchéance de l'entendement. Une dernière proposition, d'après laquelle les dispositions bienveillantes, chez les paralytiques généraux, seraient de règle absolue et représenteraient un signe précieux de diagnostic, dans les cas douteux, me paraît contestable. A l'occasion d'un récent débat, quelques-uns de nos collègues n'ont pas eu de peine à justifier que certains paralytiques montraient des tendances tout opposées. Cette légère critique n'enlève rien, du reste, à la valeur de l'ensemble.

Un second travail a pour titre : *De l'importance du caractère dans la genèse des maladies mentales* (3). « J'ai la conviction, dit M. de Mattos, qu'il existe une

(1) *Manual das doenças mentaes ;* Porto, 1884.

(2) In *A medicina contemporanea*, nos 42, 43 et 44, octobre et novembre 1883.

(3) In *Revista scientifica de Porto*, ne 4, avril 1885.

©BIUM

relation intime et nécessaire, entre le caractère individuel et les différentes expressions de la folie ; une fois découverte, cette relation nous expliquera pourquoi tel sujet contracte de l'expansion maniaque, alors que, sous l'influence de la même cause, tel autre est affecté de dépression mélancolique. »

A signaler encore d'excellentes réflexions sur *Un cas de commotion cérébrale chez un aliéné* (1). Il s'agit d'un homme de soixante ans, convalescent d'un troisième accès maniaque simple, et repris subitement de délire, en pleine phase de calme, à la suite d'une lourde chute sur les pieds. Examiné quelques heures après l'accident, ce malade n'accuse aucune réaction fébrile, aucun désordre somatique, si ce n'est de l'intumescence douloureuse au niveau des malléoles ; tout s'est réduit, en somme, à une véritable explosion d'idées ambitieuses, rappelant, par leur caractère excessif et absurde, les conceptions du paralytique général. Cette bouffée délirante ne tarda pas à disparaître, aussi brusquement d'ailleurs qu'elle était survenue. M. de Mattos donne ce fait comme un exemple de commotion cérébrale chez un prédisposé vésanique. Il en tire la preuve manifeste que, dans les ébranlements des organes, la fonction, contrairement aux doctrines classiques, est loin d'être toujours abolie.

Malgré son intérêt, je dois me borner à la seule mention d'un rapport très instructif (2) sur le service de l'asile où M. de Mattos exerce les fonctions de médecin-adjoint, qu'il a obtenues au concours, en 1883. Ce rapport est dû à la collaboration de tous les médecins de l'asile ; on y trouve, signés personnellement de notre confrère, plusieurs documents originaux relatifs à la paralysie générale, au délire mystique, à la dégénérescence, et qui témoignent de grandes qualités d'observation.

Il me resterait à vous parler en détail du volume cité plus haut : *La Folie, études cliniques et médico-lé-*

(1) In *O correio medico de Lisboa*, n° 8, 15 avril 1886.
(2) *Relatorio do serviço medico e administrativo do hospital do Conde de Ferreira* (1883-1885).

©BIUM

gales (1). Je le ferais volontiers, car j'estime cet ouvrage comme le meilleur de la série, pourtant remarquable, que je viens de passer en revue. M. de Mattos s'y montre clinicien habile, d'un jugement éclairé, d'une richesse d'érudition qui lui permet de ne pas tomber dans l'exclusivisme et de s'inspirer de toutes les données acquises : ce n'est jamais sans rendre justice aux travaux de notre pays.

Des sept chapitres que renferme ce livre, les quatre premiers traitent, respectivement : du délire des grandeurs considéré aux points de vue séméiologique et pronostique ; du diagnostic différentiel entre les mélancoliques simples et les persécutés ; des rémissions dans la paralysie générale ; des actes violents commis par les épileptiques. Viennent enfin trois chapitres de médecine légale, au cours desquels, envisageant le rôle prépondérant que la psychiatrie est appelée à jouer devant les tribunaux, M. de Mattos s'exprime ainsi : « Quand pratiquera-t-on ce nouveau régime que la tradition, les préjugés, le sentimentalisme et l'ignorance concourent à retarder? Il est impossible de le dire. Ce que l'on peut assurément prévoir, c'est qu'après avoir généralisé l'usage des instruments nouveaux de pénalité, tels que colonies agricoles, manicomes criminels, établissements pour les mineurs incorrigibles, ce régime transformera également nos institutions judiciaires, par la création d'une *magistrature spéciale*, instruite dans l'étude positive et naturelle du délinquant, et par l'introduction, dans les causes d'une appréciation difficile aux jurys actuels, assemblage d'éléments fortuits, disparates et incompétents, de *jurys techniques*, opinant d'après la science et non plus suivant les émotions produites par la rhétorique des avocats. »

Mais il serait inutile, messieurs, de retenir plus longtemps votre bienveillante attention. Notre confrère, vous l'avez déjà reconnu, est digne à tous les égards de l'honneur qu'il sollicite. Votre commission, composée de MM. Bouchereau, Ritti et Saury, rapporteur, vous propose d'accorder à M. Julio de Mattos le titre de

(1) *A loucura*, estudos clinicos e medico-legaes ; San Paulo, 1889.

©BIUM

membre associé étranger de la Société médico-psychologique.

Conformément à ces conclusions, M. le Dr J. de Mattos est, à l'unanimité des membres présents, nommé membre associé étranger de la Société.

De la mélancolie et de ses diverses variétés (suite).

M. Legrain. — Messieurs, je n'ai nullement l'intention de prendre part aux débats relatifs à la mélancolie. Je n'ai ni l'expérience ni l'autorité suffisantes pour afficher une pareille prétention. Je ne veux m'en tenir qu'à l'observation scrupuleuse des faits cliniques, laissant à de plus experts que moi le soin de les utiliser et d'en généraliser les enseignements, s'ils le jugent bon.

La mélancolie n'est pas d'une extrême fréquence chez les enfants; néanmoins j'ai pu l'observer souvent dans mon service de Vaucluse, sans doute parce qu'il draine le département de la Seine de la plupart de ses jeunes aliénés. Un cas de mélancolie chez un jeune dégénéré de dix-sept ans m'a paru digne d'être relaté, parce qu'il suggère quelques réflexions sur les modifications que présente cette psychose quand elle évolue sur un terrain préparé par une tare de dégénérescence.

C'est ce cas que j'ai l'honneur de soumettre à la Société.

L..., âgé de dix-sept ans, est entré à la colonie de Vaucluse le 7 mars 1888. C'est un arriéré simple, chez lequel les signes de dégénérescence sont surtout psychiques. Au point de vue *physique*, on constate une très notable asymétrie cranio-faciale, des malformations dentaires, du prognathisme de la mâchoire supérieure, une hernie inguinale congénitale. — Au point de vue *psychique*, L... présente l'aspect du faible d'esprit. Ses facultés intellectuelles sont toujours restées bornées, sa puissance d'assimilation est très restreinte; il est mou, apathique, indolent, manque de ressort. Son instruction est très élémentaire; d'autre part, le métier de cordonnier, dont il a reçu l'ébauche, était, suivant son expression, « trop dur pour sa cervelle. » C'est d'ailleurs un enfant doux, affectueux, débonnaire, chez lequel les mauvais instincts n'ont pas pris de développement.

©BIUM

Passons rapidement sur ses *antécédents héréditaires*, qui sont demeurés peu connus, malgré mes recherches, mais qui suffisent d'ailleurs pour faire pressentir l'influence d'une tare nerveuse de famille.

La *mère* était excessivement émotive, peureuse, craintive ; elle est morte tuberculeuse.

Le *père*, assez mal équilibré, faisait des excès d'absinthe. Il a été fusillé pendant les affaires de la Commune.

Une *sœur*, névropathe, d'une intelligence au-dessous de la moyenne, vient de mourir accidentellement.

État mental du malade. — L... a toujours représenté le type le plus complet de l'émotif. Véritable sensitive, il réagit très vivement en face des moindres incidents, heureux ou malheureux. Les impressions que ceux-ci laissent dans son esprit ont une intensité telle, qu'elles opèrent à leur profit une véritable dérivation de toutes les opérations intellectuelles, captivent l'intelligence, dont elles annihilent les moyens de réaction volontaire. Elles ont une durée également très longue, et revêtent parfois la forme de véritables obsessions conscientes. L... entend-il parler d'un crime, lit-il un fait divers à sensation, il reste saisi d'angoisse pendant une journée ; il se représente, avec une vivacité d'imagination extrême, les scènes qu'il a lues, croit en être l'acteur ou plus souvent la victime. Il est obligé de se distraire et de lutter pour chasser ses terreurs. Il sort de chez lui, parcourt les rues, s'arrête devant les boutiques, et ne parvient qu'avec beaucoup de peine à rétablir le calme dans ses esprits. Ainsi ballotté d'émotion en émotion depuis sa première enfance, il a mené une assez misérable existence. Presque constamment la victime de ses terreurs morbides, ses nuits ont toujours été agitées par des cauchemars pénibles ; son sommeil était fréquemment entrecoupé par des réveils brusques, au milieu d'une rêvasserie fatigante ; il lui arrivait de continuer son rêve les yeux ouverts, et de croire pendant un certain temps à la réalité de ses songes. Avec cela, poltron, soupçonneux, superstitieux, il a toujours été triste et hypocondriaque, voyant les choses au travers d'un prisme étrangement noir, se trouvant mille maux imaginaires.

De temps en temps, L... a présenté encore quelqu'une de ces obsessions ou impulsions, si communes chez les émotifs, et qui lui assignent sa place définitive dans le groupe des dégénérés. Ces états de souffrance, parfaitement conscients, ont surtout consisté dans trois choses :

L'impulsion à jeter les objets ;

L'impulsion à fuir ;

La terreur des chiens.

Parfois, pris tout à coup de l'idée de jeter ou de détruire un

©BIUM

objet quelconque à sa portée, il ne pouvait y résister : « Cela me soulageait, dit-il ; ensuite, je reprenais mon bon sens et je restais tranquille. Sinon, j'étais excité et triste toute la journée ; je pleurais, je gémissais. »

D'autres fois, il était pris de l'idée de fuir devant lui, de quitter ses occupations, sans pouvoir alléguer un motif valable, par pur besoin de changement. Il a particulièrement souffert de cette obsession.

Enfin, pendant longtemps, la vue d'un chien lui produisait une terreur indicible, qu'il ne pouvait ni maîtriser ni expliquer, et qui l'obligeait à fuir. « Alors, dit-il, je me troublais, mon cœur battait violemment ; il me semblait qu'on me frappait la poitrine ; la sueur coulait sur mon front. »

Tel est l'état mental de L... Le terrain était donc bien préparé pour l'éclosion d'idées délirantes. La genèse de ce délire repose tout entière sur le fond d'émotivité extrême qui a été décrit.

Histoire du délire. — En 1887, au moment des débats de l'affaire Pranzini, L... fut singulièrement impressionné par les détails du procès. Comme toujours, il s'assimila complètement cette histoire dramatique ; mais l'impression fut beaucoup plus violente que de coutume. Poussé malgré lui, et en dépit du mal qu'il savait se faire, à lire les journaux, il s'abreuvait en quelque sorte des détails terrifiants qui y étaient relatés. A partir de ce moment, il n'eut plus la moindre tranquillité. Nuit ou jour, obsédé par la pensée du crime et de son auteur, il ne dormait plus, voyait apparaître devant lui l'assassin armé qui le menaçait ; il assistait au crime, dont il suivait, anxieux, toutes les péripéties, entendait la voix des victimes, et tremblait de tous ses membres. Pranzini lui apparaissait surtout à la tombée de la nuit, lui disait qu'il s'acharnerait après lui et lui ferait toujours du mal.

Cet état dura quelques mois ; l'anxiété devint peu à peu moins vive, mais le coup était porté. Profondément attristé, indifférent, apathique, voyant tout en noir, et en proie à toutes espèces de craintes, il ne travaillait plus. Pranzini hantait toujours ses nuits et troublait son repos. L'exécution de ce dernier ne lui apporta que peu de calme ; il conservait toujours une arrière-pensée, se rappelant sans cesse les menaces qui lui avaient été faites. C'est dans cet état d'esprit qu'il dut être séquestré à la colonie de Vaucluse en mars 1888.

A la colonie, la marche de son délire fut assez irrégulière ; elle a affecté le type rémittent. Très mobile dans ses idées, mais conservant toujours un fond uniforme de mélancolie, il fut tour à tour conscient et inconscient de son état, parfois franchement mélancolique, d'autres fois persécuté, affectant l'atti-

©BIUM

tude en rapport avec ces deux états différents. Son délire fut surtout remarquable par l'intensité des phénomènes hallucinatoires, sur lesquels nous insisterons quelque peu. Voici, en résumé, l'histoire de ses idées délirantes pendant son séjour à Vaucluse :

Pendant quelques mois, il fut calme; on le voyait errer dans les cours, soucieux, peu parleur, ne jouant jamais, visiblement préoccupé, mais très réticent. Il travaillait assez assidûment à la cordonnerie pendant la journée, mais les nuits continuaient à être mauvaises. Des idées hypocondriaques paraissent dominer la scène à cette période : L... se croyait gravement atteint de maladies imaginaires, mais son attitude était celle d'un simple déprimé mélancolique, nullement angoissé.

Au mois d'octobre 1888, peu à peu, en quelques jours, on vit son état se modifier sans cause intercurrente notable. Très anxieux, très excité, en proie à des idées mélancoliques et à des idées de persécution très pénibles, il était, à ce moment surtout, le jouet d'hallucinations multiples portant sur tous les sens, y compris la sensibilité générale, mais avec une prédominance remarquable sur la vue et sur l'ouïe. Son délire, qui se manifestait ainsi bruyamment au dehors, grâce à l'appoint de ce nouvel état d'éréthisme cérébro-spinal, n'était en réalité qu'une exacerbation de son état habituel.

L..., toujours le jouet de cauchemars terrifiants, assiste maintenant pendant le jour aux scènes dramatiques qui se sont déroulées pendant la nuit. Il voit apparaître avec la plus grande netteté devant ses yeux les personnages de ses drames nocturnes. « Il croit, dit-il, qu'il aurait pu les toucher. » La facilité avec laquelle il pouvait à ce moment provoquer l'hallucination est d'ailleurs très remarquable. Il lui suffisait de penser à une personne pour la voir aussitôt surgir devant lui « en chair et en os », suivant ses expressions. Comme ses conceptions étaient très mobiles et se succédaient avec une grande rapidité, les tableaux qui défilaient devant ses yeux se transformaient en un clin d'œil, ce qui donnait à sa physionomie une étrange mobilité et une expression de vive terreur.

En quelques jours, l'éréthisme du début s'amende un peu, et le délire se circonscrit. Pranzini reprend son rôle. L... ne croit pas qu'il ait été exécuté. « C'est qu'alors, dit-il, il a un frère qui lui ressemble. » Il l'aperçoit constamment devant ses yeux; au lieu de revêtir l'aspect d'une image fixe, c'est une image mobile, agissante, se déplaçant. L... la suit des yeux, et l'on peut deviner, au seul aspect de sa physionomie, la nature des tableaux qui s'imposent à sa vue. Il extériorise admirablement et donne une forme absolument palpable à ses conceptions pénibles. Pranzini porte le costume qu'on représentait sur les gravures; il est entouré de ses trois victimes et

©BIUM

brandit un couteau. L..., reconstitue la scène du meurtre; il voit l'assassin se livrer à une luxure effrénée avant d'immoler ses victimes. Puis il voit le couteau se tourner contre lui-même; Pranzini menace de le tuer. Il cherche à éviter les coups, s'enfuit de tous côtés, se cache dans les coins, sans quitter des yeux des points déterminés de l'espace.

Pendant la nuit, son tourmenteur lui montre des spectacles obscènes; ce sont des femmes nues qu'il fait défiler devant lui. Pranzini les lui décrit et le force à les regarder.

Ces hallucinations visuelles ont une intensité extraordinaire; elles sont multiples, fugaces, se transforment rapidement et plongent le malade dans une angoisse ininterrompue. A ne considérer que leur caractère terrifiant et à leur exacerbation nocturne, n'est-on pas frappé de leur ressemblance avec celles du délirant alcoolique? L'éréthisme du système nerveux est général; tous les centres corticaux jouent leur rôle dans le tableau symptomatique, et les phénomènes hallucinatoires, bien que prépondérants dans la sphère visuelle, affectent tous les sens. L... entend son persécuteur l'injurier, l'appeler coquin, lui dire qu'il lui fera du mal partout où il ira. Il entend distinctement les propos qu'il tient en immolant ses victimes. D'autre part, il sent nettement sa main se poser sur son corps; il est de sa part l'objet d'attouchements obscènes; il lui provoque des érections, en lui disant : « Je vais m'amuser avec toi. » Eprouve-t-il une douleur en un point quelconque du corps, il s'entend dire : « Tu auras mal dans l'endroit que je touche. » On lui palpe sa hernie; ses dents, rendues mobiles par un léger degré de périostite, sont ébranlées par son persécuteur. Il se touche, se palpe à tout instant pour chasser l'importun et témoigner de la réalité des souffrances qu'on lui impose. En un mot, il interprète ses moindres sensations, dans le sens de ses idées mélancoliques. « Il me tuera, ajoute-t-il, un de ces jours, et me fera avoir une agonie quelconque. »

La nature de toutes ces hallucinations, ainsi que leur contenu, permettent de se rendre compte de la genèse de ces troubles corticaux, qui sont tous ici sous la dépendance exacte des idées délirantes qui les ont engendrés, et qui inversement trouvent en eux leur aliment naturel. L'hallucination est primitivement psychique et ne devient qu'ensuite psycho-sensorielle. Obsédé par ses idées tristes, le malade leur donne un corps, une forme extérieure, matérielle en quelque sorte, et ainsi transformées en pseudo-réalités, elles deviennent un nouveau soutien pour l'échafaudage délirant. Le malade éprouve-t-il une sensation quelconque, émet-il une pensée, aussitôt, il entend son persécuteur lui dire : « C'est cela que je voulais te faire, c'est cela que je voulais te dire. »

Cet état se prolonge pendant une huitaine de jours, puis

©BIUM

s'amende progressivement. Au bout de quinze jours, L... n'est plus angoissé ni halluciné, mais, encore inconscient de sa situation, il ne croit pas avoir été le jouet d'hallucinations. Il redevient simple déprimé mélancolique. Il croit que sa sœur va l'abandonner parce qu'il n'est plus digne de la voir, il interprète tout à son détriment, verse d'abondantes larmes et pense à se faire mourir. Mais l'idée du suicide l'effraie. Il ne voudrait pas se donner la mort lui-même. Peu à peu, le calme se rétablit dans son esprit, mais il reste passif, découragé, il a un profond dégoût de l'existence. Il n'est plus alors question de ses persécutions récentes.

Le 28 décembre, une seconde exacerbation se produit subitement; le même délire hallucinatoire occupe la scène : mêmes phénomènes d'hyperesthésie psycho-sensorielle, mêmes idées délirantes. Tout ce que le malade pense prend une forme extérieure; ses paroles sont répercutées; ses représentations mentales visuelles deviennent autant d'hallucinations. C'est encore Pranzini qui répète ses paroles, qui lui montre des tableaux obscènes, le menace et se montre à lui. Tout ce qu'il lit, il l'interprète dans un sens mélancolique. Pranzini lui dit : « Tout ce que tu lis, tout ce que tu penses est la vérité, cela va t'arriver, tu vas y passer. » Il redoute de lire, de se récréer, il voudrait ne pas penser, parce qu'aussitôt ses moindres manifestations psychiques, transformées en hallucinations, deviennent un nouvel aliment pour son délire.

Ses idées de suicide sont cette fois plus nettes : « Le plus tôt que je mourrai sera le mieux; » mais il ne se détruit pas, parce qu'il a peur d'être vu et qu'on l'empêcherait de le faire. Personne ne pense plus à lui, il est indigne; il ne croit pas qu'il puisse guérir, sa famille n'existe plus, etc. Pendant plusieurs jours, il offre l'aspect d'un parfait négateur.

Cette seconde exacerbation s'amende en une quinzaine de jours comme la première. Elle est suivie d'une rémission d'un mois. En février 1889, troisième recrudescence; le délire, cette fois, est beaucoup plus franchement mélancolique, bien qu'il s'y mêle encore des idées de persécution calquées sur les précédentes. L... s'accuse d'avoir mal fait, déchire les lettres qu'il reçoit parce qu'il n'a plus le droit de faire partie de sa famille, prétend qu'il sortira de l'asile en passant par l'amphithéâtre. Il entend des chants sinistres. « Je vois, dit-il, des chœurs et des personnes comme au temps de l'Inquisition. » Il entend des hymnes, des *De profundis* qu'il aime à chanter à voix basse. « Parfois, dit-il, je vois emporter ma mère, et j'entends chanter comme au jour de son enterrement. »

Ces idées nettement mélancoliques sont entrecoupées encore par d'autres conceptions délirantes. Il voit encore Pranzini, mais il a besoin d'y songer. Cette fois, celui-ci est accompagné

©BIUM

d'une bande d'assassins. On lui arrache le nez et les oreilles ; on l'étouffe la nuit sous ses couvertures ; on lui dit des injures et l'on se moque de lui. Il entend crier : « A l'assassin de la rue Montaigne. » Il assiste à des orgies terribles ; on lui montre encore des femmes nues et l'on cherche à avoir des relations avec lui ; on le saisit aux parties ; des chiens le mordent aux jambes. Pour la première fois et d'une manière très fugace, apparaissent des hallucinations de l'odorat : il sent des parfums comme ceux des femmes ; ses persécuteurs l'empoisonnent de leur haleine.

Cette troisième exacerbation s'amende en très peu de temps. L'intermittence, cette fois, est plus longue. Le malade, toujours déprimé, commence à s'apercevoir qu'il est le jouet de conceptions imaginaires, mais il conserve des doutes, et flotte constamment dans l'incertitude.

En juin 1889, une dernière recrudescence se produit, plus courte et moins aiguë que les autres. Les idées délirantes sont de plus en plus exclusivement mélancoliques. L... se lamente, pleure une partie du temps. Tout le dégoûte, tout l'ennuie. « Dans ces conditions, dit-il, il vaudrait mieux en finir tout de suite. » Il s'accuse de fautes imaginaires, évoque le souvenir de peccadilles passées et leur attache une importance considérable. Ses persécutions d'autrefois sont aujourd'hui très confuses. Il entend des voix, des cris ; il voit apparaître des têtes d'assassins, mais il ne précise plus. Parfois, il se croit encore menacé, mais cette idée est reléguée au second plan.

Cette dernière recrudescence n'a qu'une durée éphémère. A partir de ce moment, l'amélioration s'accentue de jour en jour. L... redevient peu à peu conscient de son état, travaille d'une façon suivie, et apprécie à leur juste valeur les troubles nerveux dont il a été l'objet. Aujourd'hui on peut le considérer comme guéri de son accès mélancolique, mais il a repris son état émotif d'autrefois ; son équilibre mental est toujours chancelant. De plus, ses tendances mélancoliques sont toujours aussi accentuées. Il a coutume de voir les choses sous leur plus triste aspect, d'interpréter les événements dans un sens plutôt défavorable ; en un mot, il semble présenter un terrain propice à l'éclosion d'un nouveau délire, dont les éléments lui seront sans doute encore fournis occasionnellement par son émotivité naturelle.

Telle est cette observation, qui m'a paru présenter quelque intérêt à titre de document pouvant servir à l'histoire de la mélancolie chez les dégénérés. En évoquant par la pensée le souvenir du tableau clinique de la mélancolie typique, on peut apprécier les différences

©BIUM

qui les séparent. Tout ce que le dégénéré touche, il le dénature, et le marque au coin de son état mental. Dans l'état mental de notre malade réside ici la seule cause de l'accès de délire que nous avons décrit. Ce malade est bien foncièrement un déprimé, qui n'est persécuté que secondairement et accessoirement, quelle que soit l'importance apparente que prennent parfois les idées de persécution. En somme, son délire ne repose comme base sur aucun fait matériel, sur aucun incident vrai, mais faussement interprété, comme il arriverait chez le persécuté. Notre malade, profondément impressionné (grâce à son origine spéciale) par un événement absolument impersonnel, reste longtemps déprimé, incapable de réagir contre l'impression initiale. Survient alors une série de phénomènes imaginatifs, grâce auxquels, inconsciemment et progressivement, il arrive à se convaincre qu'il a participé à l'événement, dont il centuple la valeur en inventant des situations nouvelles (à la façon du peureux dont l'imagination surexcitée grossit les faits). Le malade est de plus en plus terrorisé. On voit survenir alors périodiquement cette angoisse panophobique, pendant laquelle les centres nerveux sont à ce point surexcités que l'hallucination prend naissance; les représentations mentales s'extériorisent, et le malade, dont la conscience est depuis longtemps obscurcie, devient non plus seulement l'inventeur, mais le spectateur et la victime des drames que son imagination d'émotif a créés de toutes pièces. Voilà ce que peut faire le dégénéré avec son imagination fertile, mise au service d'une émotivité, qui est la base immanquable de son état mental.

Notre malade réagit encore à la façon d'un mélancolique, c'est-à-dire comme un être passif, qui subit un mal et reste sans défense. Il pleure, gémit, s'accuse de fautes imaginaires qui sont pour lui la justification de ses malheurs, désire la mort. Mais il se sépare ici du vrai mélancolique, car, même au sein de son angoisse panophobique, il n'a pas le courage de se supprimer; il souhaite qu'on le fasse mourir. Dans ses périodes de calme, il reste déprimé, il voit tout en noir; les moindres incidents prennent une teinte triste; il se plaît à évoquer le souvenir d'événements douloureux.

©BIUM

La marche rémittente des phénomènes délirants nous a paru intéressante. Si la mélancolie typique peut également procéder par voie de recrudescences successives, jamais, pourtant, on ne les voit éclater avec autant de brusquerie, sans l'intervention d'une cause occasionnelle de quelque importance, s'élever rapidement au plus haut degré d'acuité et s'amender en aussi peu de temps. Nous reconnaissons encore ici la façon de faire habituelle aux dégénérés, qui, lorsqu'ils délirent, procèdent de préférence par à-coups, par accès successifs et soudains. Les recrudescences auxquelles nous avons assisté sont en somme une série de bouffées délirantes, dont l'irruption est brutale et la disparition non moins rapide, et reliées entre elles par une série d'états de conscience, qui ne diffèrent que bien peu de l'état habituel du malade.

Notons encore les particularités suivantes : La dominante du délire reste la note mélancolique ; mais l'analyse nous a montré la coïncidence dans le même temps d'idées délirantes de nature variée : idées mélancoliques, idées de persécution, idées hypocondriaques, idées érotiques. C'est encore un cachet bien spécial qu'il nous est facile de reconnaître. Tout à l'heure, notre malade avait des bouffées délirantes qui nous rappelaient les délires d'emblée ; le voici maintenant mobile, protéiforme dans ses conceptions délirantes. Bien que restant foncièrement mélancolique, le délire de notre malade présente pourtant, à l'occasion, ce caractère de polymorphisme dont la valeur est significative.

Le caractère des hallucinations est digne de remarque. Elles ont été multiples, variées ; elles ont affecté tous les sens, le goût excepté, témoignant ainsi de la participation de tous les centres de l'axe cérébro-spinal dans les manifestations symptomatiques, surtout dans les périodes d'acmé. Dans ces périodes, les hallucinations tenaient toute la scène ; à peu près ininterrompues pendant plusieurs jours consécutifs, elles retenaient le malade au sein d'une angoisse inexprimable.

Mais le point le plus saillant de l'observation est peut-être l'existence et l'intensité des hallucinations de la vue. Chez le mélancolique simple, elles ne sont pas à beaucoup près aussi communes, et, en tous cas, elles

©BIUM

ne paraissent pas avoir le même caractère. Chez le mélancolique, l'hallucination visuelle semble être le plus souvent plutôt une série d'illusions, de cauchemars à l'état de veille, qu'une véritable hallucination ; elle est en somme presque exclusivement psychique et n'est que plus rarement psycho-sensorielle ; c'est-à-dire que les objets entrevus par le malade sont rarement extériorisés ; ses visions mentales ne revêtent pas pour lui une forme palpable, tangible ; au lieu d'extérioriser, il *intériorise*, qu'on me passe l'expression. C'est un phénomène uniquement psychologique et imaginatif comme le rêve, sans retentissement obligé sur les sphères motrices ou sensorielles. Le malade, comme dans une rêvasserie pénible, voit défiler devant les yeux (vision mentale) des quantités de tableaux que son imagination de mélancolique invente au fur et à mesure des besoins, à l'image de ses préoccupations intimes. Il est figé dans cette sorte de *représentation mentale*, qui reste à l'état de représentation mentale. Comme sa conscience est obscurcie, ces représentations s'incorporent à son délire au lieu de rester à l'état de conceptions imaginaires, et c'est ainsi que le malade croit à la réalité de l'existence de ces tableaux terrifiants qui cadrent si bien avec la nature de ses idées. Ainsi se crée le pénible cercle vicieux dans lequel tourne le mélancolique : dépression psychique engendrant l'hallucination psychique, qui à son tour fournit au phénomène dépression les éléments de son entretien. Aussi ne voit-on que bien rarement le mélancolique vrai réagir en face des tableaux affreux qu'il dit apercevoir ; il est facile de se rendre compte que ces tableaux se déroulent dans son imagination, et qu'ils ne prennent pas pour le malade une forme tangible, contre laquelle il réagirait avec une mimique bien significative, comme le font les vrais hallucinés de la vue. L'hallucination visuelle du mélancolique, en résumé, naît et se réfléchit dans le cerveau antérieur, et reste confinée dans l'intelligence proprement dite ; c'est une *hallucination psychique.*

Tout autre est notre malade, chez lequel l'hallucination visuelle est réelle, et possède bien véritablement tous ses caractères *psycho-sensoriels.* Les tableaux pénibles inventés par son imagination étaient autant de

©BIUM

tableaux vivants, qui défilaient devant ses yeux avec une rapidité quasi-kaléidoscopique, que je ne puis mieux comparer qu'à celle des hallucinations visuelles de l'alcoolique ou de l'hystérique. Le malade suivait les objets dans leurs déplacements et les localisait dans l'espace. Cette particularité m'a parue digne d'attention, car on ne la rencontre qu'à titre absolument exceptionnel dans la mélancolie typique ; on sait aussi qu'elle est une rareté chez les persécutés indemnes d'alcoolisme.

L'apparition si multiple et si facile d'hallucinations de tous les sens trouve son explication dans la manière d'être habituelle du dégénéré émotif. Chez lui, la couche corticale est douée en tout temps d'une véritable hyperesthésie ; la moindre sensation, la moindre impression est centuplée. A un degré de plus, les centres entrent dans un véritable éréthisme et l'hallucination surgit. Notre malade, même dans ses périodes de calme, possédait le pouvoir d'évoquer l'apparition de personnes ou d'objets immanents à ses conceptions délirantes ; et l'on sait que beaucoup de dégénérés non délirants possèdent en tout temps le pouvoir de créer ainsi des hallucinations conscientes, par un simple effort de la volonté.

Telles sont les particularités intéressantes qui me paraissent ressortir de mon observation, qui met en lumière quelques points de l'histoire de la mélancolie chez les dégénérés, et que l'on peut résumer en quelques mots :

1° Jeune âge du sujet ;

2° Cause première du délire résidant dans l'état mental du sujet, témoin de la tare héréditaire dont il est porteur, et par conséquent, base émotive du délire ;

3° Marche rémittente de la maladie, qui procède par accès successifs, à apparition et à disparition brusques ;

4° Mélange d'idées délirantes de nature diverse avec les idées mélancoliques, qui restent la note dominante et qui permettent de qualifier l'accès délirant ;

5° Enfin, hallucinations de tous les sens, ayant un caractère d'acuité inusité dans la mélancolie typique. Prédominance des hallucinations visuelles, douées d'un caractère de mobilité et d'extériorisation, rappelant celui des délires toxiques.

©BIUM

Loin de moi l'idée de généraliser et de faire de cette observation un type d'espèce du genre mélancolie. Les dégénérés transforment tout ce qu'ils touchent et les modalités qu'ils peuvent créer dans le genre mélancolie sont innombrables. C'est même un des caractères marquants de la mélancolie des dégénérés de conserver toujours une absolue originalité. Deux cas comparés entre eux sont rarement superposables.

A la vérité, le dégénéré pourrait bien présenter à l'occasion un délire mélancolique se rapprochant beaucoup du tableau connu de la mélancolie typique, mais il est indubitable qu'il y mélangera toujours sa note personnelle, note discordante qui le fera reconnaître et dont on trouvera l'explication dans son état mental originel.

M. CHARPENTIER. — J'ai écouté avec un vif intérêt l'observation de délire de persécution que vient de nous lire M. Legrain. Je suis de son avis en voyant dans son malade autre chose que de la mélancolie simple ; mais je ne suis pas d'accord avec lui quand il s'agit des raisons qu'il invoque pour n'en pas faire une mélancolie ; ces raisons, M. Legrain les tire des signes de dégénérescence que présente son sujet et il conclut qu'il a affaire à une mélancolie chez un dégénéré, et modifiée par la dégénérescence.

Ces signes nous ont été très bien exposés : jeune âge du sujet de l'observation, apparition d'obsessions variées, mélancolie, quatre accès délirants avec rémissions, hallucinations de tous les sens et délires multiples, un délire mélancolique, anxieux, lypémaniaque, de persécution et délire érotique.

De tels signes si bien observés et que M. Legrain attribue à la dégénérescence, pour ensuite les invoquer comme autant d'arguments touchant la mélancolie modifiée par la dégénérescence, ces signes, je les reprends comme autant de signes du délire de persécution et je les interprète, en disant qu'il s'agit d'un délire de persécution à évolution anormale, dans l'apparition et la marche des symptômes ; ce qui tient essentiellement au jeune âge du sujet chez lequel ce délire de persécution a apparu.

En effet, les obsessions sont le fait de l'âge jeune ;

©BIUM

et correspondent à la période d'inquiétude du délire de persécution; l'instabilité et la mobilité des impressions du jeune malade ne lui ont pas permis d'organiser systématiquement, méthodiquement son délire, aussi le voyons-nous passer d'une période ou d'un délire à l'autre pour y revenir; il nous présente ainsi la période mélancolique, la période hypocondriaque et la période des idées de persécution; quant aux idées érotiques, elles relèvent également de l'âge du sujet.

Les hallucinations multiples peuvent être également invoquées à l'appui du délire de persécution. S'il est vrai qu'un persécuté, quand il n'est pas alcoolique et qu'il n'est halluciné que d'un seul sens, présente le plus ordinairement l'hallucination de l'ouïe, cela ne nous empêche pas de voir fréquemment des persécutés non alcooliques et tourmentés par des hallucinations de tous les sens.

M. Legrain répond qu'il s'est basé sur la marche du délire, le jeune âge du malade, les hallucinations visuelles, pour le différencier d'un mélancolique vrai et le ranger parmi les dégénérés.

La séance est levée à six heures.

Paul Garnier.

SÉANCE DU 31 MARS 1890.

Présidence de M. BALL.

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

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Joffroy, professeur agrégé de la Faculté de médecine, posant sa candidature comme membre titulaire;

2° Des lettres de remerciements de MM. Laufenauer et J. de Mattos, nommés membres associés étrangers.

La correspondance imprimée comprend :

©BIUM

1° Une observation médico-légale de M. le Dr José de Armas y Gardenas ;

2° Le numéro de mars de la *Revue d'hypnotisme* et de la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*.

M. Ball fait hommage à la Société de ses leçons sur le *Délire de persécution* ou *Maladie de Lasègue*.

M. le Président adresse, au nom de la Société, ses félicitations à M. le Dr Christian, pour le prix que lui a décerné l'Académie de médecine de Bruxelles, et à M. le Dr Legrain pour la récompense que lui a accordée la Faculté de médecine.

Rapports de candidatures.

M. Ritti. — Messieurs, une place de membre titulaire de notre Société étant devenue vacante par suite du décès de notre regretté collègue M. J. Cotard, vous avez nommé une Commission composée de MM. Bouchereau, Christian, Falret, Magnan et Ritti, chargée d'examiner les titres des candidats et de vous présenter une liste de classement.

Votre Commission s'est réunie sous la présidence de son doyen, M. Falret, et m'a fait l'honneur de me nommer son rapporteur. Mon travail sera bref ; je me contenterai d'un simple procès-verbal de nos travaux, je n'ai pas à m'étendre longuement sur les mérites des candidats, qui vous sont assez connus.

Les confrères qui sollicitent le titre de membre titulaire sont au nombre de quatre, faisant tous déjà partie de la Société comme correspondants : ce sont, par ordre alphabétique, MM. Arnaud, médecin-adjoint de la maison de santé de Vanves ; Blaise, médecin à Paris ; Déricq, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Prémontré (Aisne), et Rist, ex-médecin-directeur de la maison de santé de Nyon (Suisse), actuellement domicilié à Versailles.

La première question qui se posait à notre examen était celle de savoir si les candidatures des deux derniers membres étaient réglementaires. En effet, l'article 2 de nos statuts dit que « la Société se compose de membres titulaires ou *résidents* ». Ce dernier terme est clairement expliqué dans le passage, ci-après souligné,

©BIUM

de l'article 5 qui dit : « Est admis de droit, sur sa demande, à prendre le titre de membre correspondant, tout membre titulaire qui, pour une cause quelconque, cesse de *résider dans le département de la Seine.* Il est autorisé, en cas de retour, à reprendre, à la première vacance, le titre qu'il avait à l'époque de son départ, après avoir toutefois prévenu la Société de son intention. »

Depuis la construction des asiles d'aliénés de la Seine à Vaucluse et à Ville-Evrard, ces articles des statuts ont reçu une sorte d'interprétation extensive, les médecins de ces établissements ont été considérés comme de véritables résidents, et jamais aucune difficulté ne s'est présentée pour les nommer titulaires ; et de fait ils résident en quelque sorte aux portes de Paris et rien ne saurait les empêcher ni d'assister aux séances, ni de prendre part aux travaux des Commissions. On ne saurait en dire autant de l'asile d'aliénés de Prémontré, qui est complètement hors de la zone de Paris ; et ce serait donner une extension un peu forcée au terme de membre résident que de l'accorder à un médecin de cet établissement. Votre Commission n'ignore pas, il est vrai, qu'il existe un précédent ; mais elle sait aussi qu'à l'époque où cette première atteinte a été portée à l'esprit et à la lettre de vos statuts, le chiffre des membres titulaires avait considérablement baissé et que si les places à donner étaient nombreuses, les candidats étaient rares. Aujourd'hui que la classe des membres titulaires est au grand complet, nous croyons que si l'on est sorti un jour de la légalité, c'est une raison pour y rentrer. Car si nous devions persister dans les anciens errements, un jour viendrait où les membres résidents seraient en province et les correspondants à Paris. Dès maintenant, il y a déjà à Paris autant de membres correspondants que de membres titulaires en province.

Par ces divers motifs, la majorité de votre Commission a cru devoir écarter la candidature de M. Déricq, médecin-adjoint de l'asile de Prémontré. Naturellement, est-il besoin de le dire, il ne s'agit pas là d'une mesure personnelle ; aucun de nous n'ignore les qualités de notre jeune confrère et la valeur de ses travaux, qui font de lui un des représentants les plus distingués de la nouvelle génération d'aliénistes. Aussi espérons-nous

©BIUM

que, dans un avenir prochain, il sera appelé à la tête d'un service médical dans les asiles d'aliénés de la Seine, et alors il sera tout indiqué à vos suffrages.

La même objection s'est présentée pour M. Rist, qui habite Versailles. Mais on a fait observer non sans raison, que Versailles est à 17 kilomètres de Paris, et que l'asile de Vaucluse en est distant de 26 ; qu'il faut une demi-heure pour venir du chef-lieu du département de Seine-et-Oise, tandis qu'il faut une heure pour venir de Vaucluse. La majorité de votre Commission s'est inclinée devant ces chiffres et n'a pas cru pouvoir refuser le privilège de la résidence à M. Rist alors qu'elle est accordée à nos collègues de l'asile de Vaucluse.

Trois candidatures restaient donc en présence : 1° M. le Dr Arnaud, ancien interne, médaille d'or des asiles de la Seine et lauréat du prix Esquirol, membre correspondant depuis le 27 mai 1889 ; 2° M. Blaise, ancien interne des asiles de la Seine, membre correspondant depuis le 28 janvier 1889; 3° M. Rist, ancien interne des hôpitaux, membre correspondant depuis le 25 juillet 1886.

A la majorité des voix, votre Commission, après examen attentif des titres de ces candidats, vous propose le classement suivant :

En première ligne, *ex æquo* et par lettre alphabétique : MM. Arnaud et Rist;

En seconde ligne : M. Blaise.

A la suite de cette lecture, M. Briand dépose sur le bureau une lettre signée de vingt-deux membres de la Société, et ainsi conçue :

« Les membres de la Société médico-psychologique soussignés sont d'avis d'accueillir favorablement la demande de M. le Dr Déricq, membre correspondant, qui désire être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre titulaire.

« Des dérogations antérieures à l'article du règlement établissant que les membres titulaires doivent être choisis par les médecins résidant dans le département de la Seine, avaient permis à M. Déricq, quoique ne demeurant pas dans le département de la Seine, d'adresser avec confiance sa demande de candidature ; les soussignés, sans rien préjuger, d'ailleurs, sur

©BIUM

le maintien de cet article, estiment qu'il n'y a pas d'inconvénient à faire *encore une exception* en faveur de M. Déricq, et demandent de vouloir bien l'inscrire sur la liste des candidats, au titre de membre titulaire de la Société. »

Des observations sont échangées à ce sujet entre MM. Legrain, Briand, Falret, Goujon, Vallon, Ritti, Motet et Paul Garnier, et, sans qu'il soit voté sur les conclusions de cette lettre, on passe au scrutin pour la nomination d'un membre titulaire.

Premier tour.

Votants	37
M. Arnaud	18
M. Déricq	16
M. Rist	2
Bulletin blanc	1

Second tour.

Votants	35
M. Arnaud	19
M. Déricq	16

M. Arnaud est, à la majorité des membres présents, nommé membre titulaire.

M. Ball et plusieurs autres membres émettent ensuite le vœu que les statuts et règlement de la Société soient modifiés.

M. Motet fait connaître toutes les difficultés et surtout les dangers de pareilles modifications, d'autant plus qu'il faudrait l'assentiment des pouvoirs publics, qui, d'ailleurs, pourraient le refuser.

Après ces observations, il n'est pas donné suite aux différentes propositions qui se sont produites au cours de la discussion, et la Société passe à l'ordre du jour.

M. Rouillard. — Messieurs, vous avez chargé une commission composée de MM. Christian, Ritti et Rouillard, rapporteur, de vous présenter un rapport sur la candidature de M. le Dr Thivet, au titre de membre correspondant de notre Société. M. Thivet est connu de vous tous, et en se présentant aujourd'hui, il répond en quelque sorte à une invite que lui faisait la Société en lui

©BIUM

décernant le prix Esquirol pour son mémoire intitulé : *De la sénilité physiologique et pathologique.* J'ai donc bien peu de choses à ajouter à l'appui de cette candidature qui vous est sympathique d'avance. La principale œuvre de M. Thivet est une brochure intitulée : *Contribution à l'étude de la folie chez les vieillards.* Notre candidat, dans ces pages où il fait preuve d'une grande érudition, et où vingt-trois observations inédites sont exposées avec un soin méticuleux, a donné sa note personnelle. C'est avec raison qu'il distingue et la sénilité de la démence, et la démence sénile des vésanies que peut présenter un vieillard. Il y a là, en effet, un intérêt puissant à poser un diagnostic différentiel, qui fait varier le pronostic, et trancher de façon diverse les questions médico-légales si souvent posées à cause des actes ridicules ou délictueux des vieillards, et à cause de leur capacité testamentaire si souvent contestée. On ne saurait trop louer M. Thivet d'avoir insisté beaucoup sur le côté médico-légal de son sujet. Mais je me permets de regretter qu'il n'ait pas décrit les modifications que l'âge peut apporter dans la marche des maladies mentales, et notamment dans la marche du délire de persécution. En somme, nous avons là une étude sérieuse et consciencieuse qui prouve que M. Thivet est un aliéniste d'avenir. Interne successivement à l'asile d'aliénés d'Alençon, à l'asile de Villejuif, il s'est perfectionné à la maison de Charenton, sous la savante direction des deux médecins en chef. Il a fait, en collaboration avec l'un d'eux, M. le Dr Christian, des recherches sur l'action de l'ergotinine en injections sous-cutanées dans les attaques apoplectiformes, et en particulier chez les paralytiques généraux (V. *Annales méd.-psych.* de janvier 1890). Aussi nous espérons que vous ratifierez les conclusions de votre Commission qui vous propose de nommer M. Thivet, membre correspondant.

Conformément à ces conclusions, M. le Dr Thivet est nommé à l'unanimité membre correspondant.

Des rapports de la folie et du goître exophthalmique.

M. A. Joffroy. — Ce n'est pas une question récente que celle des rapports de la folie et du goître exo-

©BIUM

phthalmique, mais elle n'a pas encore reçu une solution précise et définitive et l'on peut même ajouter qu'elle est loin d'avoir été envisagée sous toutes ses faces. C'est ainsi que les auteurs qui se sont occupés de ce sujet n'ont guère eu en vue que les cas dans lesquels les troubles psychiques surviennent chez des malades atteints depuis plus ou moins longtemps de la maladie de Basedow, sans s'occuper de ceux où, inversement, la maladie de Basedow se développe chez des malades atteints actuellement ou ayant été antérieurement atteints d'aliénation mentale.

Dans ces dernières semaines, cette question ayant été de nouveau soulevée à la Société médicale des hôpitaux par mon collègue et ami M. Ballet, il m'a semblé qu'il ne pouvait qu'être utile de la porter simultanément devant cette assemblée où sont traitées, avec tant de compétence, les problèmes difficiles qui se rapportent à l'aliénation mentale.

Du reste, la malade que je mets sous vos yeux est instructive sous plus d'un rapport, et j'attirerai votre attention, non seulement sur les troubles psychiques qu'elle présente, mais encore sur la difficulté du diagnostic dans certains cas où, comme chez cette femme, la folie peut masquer en quelque sorte la maladie de Basedow, au point de la rendre presque méconnaissable.

L'aspect de la malade est caractéristique, elle a l'attitude et la physionomie du désespoir. Elle pleure presque continuellement, se lamente en disant qu'elle est damnée parce qu'elle n'est pas chrétienne. Si on cherche à la détromper, elle ajoute qu'elle ne peut pas être chrétienne puisque ce sont des animaux qui l'ont mise sur la terre. Elle convient toutefois que son père et sa mère ressemblaient extérieurement aux autres hommes ou femmes, mais qu'ils étaient quand même des animaux, puisqu'ils n'étaient pas chrétiens.

En poursuivant l'examen et en cherchant le point de départ de cette idée dominante, autour de laquelle semble actuellement pivoter le délire mélancolique, on découvre chez cette malade des conceptions délirantes, peut-être des hallucinations psychiques. La nuit, et surtout pendant son sommeil, le dortoir où elle se trouve se remplit d'un grand nombre de chrétiens, hommes et femmes, et ce sont ces gens (qui ne sont en aucune

©BIUM

façon des persécuteurs, et ne viennent que pour faire le bien) qui lui ont révélé sa triste situation.

Elle affirme et maintient énergiquement que très fréquemment ces grandes réunions de chrétiens se font dans la salle, mais elle ne les voit jamais, ne les entend pas, n'a aucune perception ni par l'odorat, ni par le goût, ni par le tact, trahissant leur présence, et néanmoins elle sait avec la plus grande certitude qu'ils sont là, parce qu'elle ressent une douleur spéciale, vague, et non localisée en un point du corps. Ces personnes ne se servent pas de ses organes, ne la font ni parler, ni remuer, mais la font penser et lui ont ainsi révélé son origine bestiale.

C'est en vain qu'alors nous avons cherché chez cette mélancolique des idées de persécution ; elle ne voit autour d'elle que des gens qui veulent le bien ; elle est docile et si elle ne veut se soumettre à aucune médication ce n'est pas parce qu'on veut l'empoisonner, c'est que son mal étant intimement lié à sa naissance, est incurable, et qu'il lui est inutile par conséquent de se soigner.

Mais si chacun autour d'elle fait le bien, elle-même ne produit que le mal. Elle empoisonne tout le monde par sa présence, et dernièrement nous l'avons trouvée plus désolée encore que d'habitude parce qu'une de ses voisines avait été frappée d'une grande attaque d'apoplexie ; c'était elle qui en était cause. Elle est également cause des malheurs qui surviennent aux personnes de sa connaissance vivant hors de Paris et très loin d'elle.

Ajoutons à ces symptômes un tremblement habituel de tout le corps, une asystolie avec battements rapides et irréguliers, et un souffle assez fort à la pointe.

Voilà quels sont les symptômes dominant dans l'état actuel, et il serait très possible, à un médecin non prévenu, de ne voir là qu'un cas de mélancolie générale, avec tremblement, affection mitrale et asystolie, sans songer au goître exophthalmique. Il n'en était pas ainsi il y a quatorze mois, quand la malade est entrée dans mon service ; bien au contraire, le tableau symptomatique de la maladie de Basedow était presque complet. L'exophthalmie seule faisait presque défaut. Mais si

©BIUM

les symptômes sont peu accusés du côté des yeux, il n'en est pas de même des autres signes.

Le corps thyroïde présentait un gonflement notable, mais uniquement dans le lobe droit ; on y percevait nettement un mouvement d'expansion, soit par la vue, soit par la palpation.

En outre, la malade se plaignait de palpitations fréquentes. Les bruits du cœur étaient, à cette époque, réguliers, éclatants et ne présentaient rien d'anormal, sauf une sorte de roulement au premier bruit. La pointe du cœur battait entre le quatrième et le cinquième espace intercostal. Le pouls était d'ordinaire à 120, et beaucoup moins accusé à la radiale qu'à la carotide. Enfin, on constatait aux membres supérieurs, et surtout aux mains, un tremblement menu, fréquent, s'exagérant beaucoup sous l'influence de la moindre émotion.

La malade présentait en même temps de la polyurie, de la gastralgie fréquente, de la tendance à la constipation, un état d'anémie assez marqué et de l'insomnie.

A cette époque, la malade ne paraissait présenter d'autres troubles psychiques qu'une émotilité très grande, une susceptibilité exagérée et un degré de tristesse qui paraissait bien justifié. On verra par la suite qu'il ne s'agit là que d'une apparence et, qu'en réalité, il y avait alors des idées de persécution déjà anciennes.

La malade resta dans cet état, sans modifications notables, pendant dix mois environ, de février à décembre 1889 et alors survint un symptôme nouveau, qui précéda de peu le développement de la mélancolie générale, je veux parler de l'hallucination visuelle produite par la fixation du regard. Le lit de la malade est disposé de telle sorte qu'elle aperçoit à travers les fenêtres du dortoir la cime de plusieurs arbres sur lesquels viennent fréquemment se poser des oiseaux et particulièrement, à l'époque dont il s'agit, de grosses corneilles qui reviennent chaque hiver à la Salpêtrière. Or, il arrivait très fréquemment à la malade, quand elle regardait fixement les arbres, de croire y voir des corneilles en nombre de plus en plus grand, et bientôt tel que les arbres en étaient couverts et que l'air en était obscurci. Ce n'était nullement une réalité, mais bien une hallucination.

Ajoutons que depuis la ménopause, c'est-à-dire depuis

©BIUM

quatre ou cinq ans, la malade avait eu, à plusieurs reprises, des hallucinations de la vue, des visions de scènes champêtres, par la fixation prolongée d'un point. Jamais il n'y a eu d'hallucinations auditives soit isolées, soit concomitantes.

Dans quelles conditions s'est développé ce goître exophthalmique?

Il n'y a pas d'antécédents héréditaires, ni chez le père, ni chez la mère; un frère et une sœur sont morts de phthisie à vingt et vingt-deux ans, une autre sœur est bien portante ; un oncle encore vivant est bourru et très peu intelligent.

La malade a cinquante-cinq ans ; elle a été réglée à treize ans, n'a jamais présenté aucun symptôme d'hystérie, n'est pas alcoolique, a été mariée à vingt ans, a éprouvé vers l'âge de vingt-huit ans des accidents pénibles de toux quinteuse avec crachements de sang qui ont fait craindre l'existence d'une tuberculose pulmonaire. Quelques années plus tard, survinrent des accidents sur lesquels il y a lieu d'insister, et qui nous ont été rapportés différemment par la malade et par un membre de sa famille très digne de foi.

La malade attribue son mal à de profonds chagrins domestiques. Après une quinzaine d'années de mariage pendant lesquelles il n'était survenu aucun incident, son mari commença à être infidèle, puis la quitta pour aller vivre avec une autre femme. Elle apprit ensuite que de cette union illégitime étaient nés plusieurs enfants. Elle en fut très affectée, eut des idées de suicide à ce point qu'elle demanda à être mise à Sainte-Anne, où elle séjourna pendant six mois.

Plus tard son beau-frère, à qui était confiée la gestion de ses économies, l'aurait volée, et depuis cette époque elle vit sans aucune relation avec sa famille.

Ces renseignements nous sont donnés par la malade, et nous sont confirmés par une de ses amies qui la connaît depuis quatre ans seulement, et qui nous ajoute que la malade est très honnête, très bonne, très sobre, mais prête à s'irriter et en proie à une grande tristesse avec des idées de suicide, sans que, à sa connaissance, elle ait jamais fait aucune tentative.

Nous en étions à ce point de notre observation, lorsque

©BIUM

nous pûmes nous procurer l'adresse du beau-frère qui habite la province, et qui s'empressa de venir à Paris dès qu'il crut pouvoir être de quelque utilité à sa belle-sœur. Et alors il nous apprit que les chagrins domestiques de la malade étaient purement imaginaires, que les scènes de jalousie qui en marquèrent le début n'avaient aucun fondement sérieux, que le mari avait été obligé de quitter sa femme parce que celle-ci lui rendait la vie insupportable, que jamais il n'avait vécu maritalement avec une autre femme et que rien ne permettait de supposer qu'il ait eu des enfants depuis sa séparation. Le vol était également imaginaire : les économies de la malade avaient été placées par lui-même en rente sur l'État; mais le titre ayant changé de forme et de couleur à l'époque d'une conversion, la malade n'hésita pas à se regarder comme lésée et intenta un procès qu'elle perdit sans qu'on pût réussir à la convaincre de l'honnêteté de son beau-frère, pas plus qu'on n'avait réussi à lui démontrer la bonne conduite de son mari. De sorte que si l'on veut attribuer aux chagrins domestiques une part dans la pathogénie du goître exophthalmique, il faut remarquer que ces chagrins ne reposent que sur des faits complètement imaginaires. Du reste, à un moment donné, ce système de persécution a pris une plus grande extension, et a nécessité l'internement forcé de la malade à l'asile Sainte-Anne.

Nous ne pouvons dire avec précision quels étaient alors les troubles qu'elle présentait, mais le beau-frère nous apprend qu'elle parlait de prison, de jugement, de décapitation.

Cette malade, qui a aujourd'hui cinquante-cinq ans, a donc présenté des troubles psychiques dès l'âge de trente-cinq ans, et depuis cette époque ils ont toujours persisté avec plus ou moins d'évidence.

Il resterait alors à déterminer l'âge exact du goître exophthalmique ? Cela est bien difficile. Ce qui semble certain, c'est que jamais les médecins n'ont parlé devant elle de cette maladie que depuis trois ans maintenant, et que d'autre part jamais aucune personne de sa famille n'avait remarqué l'augmentation du volume du cou jusqu'à l'époque où, il y a trois ans, le médecin l'a constaté. Il semble donc probable qu'ici le goître exophthal-

©BIUM

mique se soit développé au cours d'une mélancolie générale.

Quels sont les enseignements qui découlent de cette observation ?

Il est assez fréquent en pathologie de voir chez un même sujet deux affections se développer consécutivement et exister simultanément. Alors se pose le problème des relations des deux affections entre elles. S'agit-il d'une pure coïncidence de deux maladies différentes existant fortuitement chez le même sujet ; ou bien s'agit-il de deux maladies différentes réunies non par hasard, mais par une certaine affinité, la première ayant provoqué l'éclosion de la seconde ? Ou bien encore, n'a-t-on pas simplement l'apparence grossière de deux maladies, alors qu'en réalité on n'aurait affaire qu'à une seule et même affection, les manifestations de ce qui apparaît comme une seconde maladie surajoutée étant de même nature que la maladie première et faisant corps avec elle.

C'est surtout pour la folie que cette question se pose si fréquemment, soit que la folie survienne à la suite de maladies infectieuses comme la fièvre typhoïde, la syphilis, soit qu'elle survienne à la suite d'altérations humorales, comme dans la puerpéralité, l'albuminurie, ou encore dans certaines névroses, comme l'hystérie, etc.

La question est d'autant plus délicate pour la maladie de Basedow qu'elle compte parmi ses symptômes les plus réguliers (ce qui ne veut pas dire qu'ils soient constants) des modifications psychiques assez prononcées et que d'autre part il y a dans cette affection des altérations fréquentes, parfois profondes, du corps thyroïde dont l'activité se trouve en rapport plus ou moins direct avec la nutrition et le fonctionnement des centres nerveux.

Pour rendre plus facile l'examen de cette question, rappelons brièvement les modifications habituelles de l'intelligence dans la maladie de Basedow.

Le malade est inquiet, souvent en proie à une activité exagérée et cependant incapable d'un travail méthodique ou d'un effort cérébral prolongé. Et si un certain

©BIUM

nombre de ces malades semblent affectés et jusqu'à un certain point déprimés par leur maladie, d'autres paraissent agités. De sorte que déjà dans les premières modifications imprimées au caractère des malades par le goître exophthalmique, on retrouve facilement une forme avec dépression et une forme avec excitation; et dans bien des cas, ces symptômes s'accentuent et arrivent à un tel degré qu'ils constituent la folie de la manière la plus caracérisée. Et en consultant les auteurs, on retrouve dans les cas de folie qu'ils ont rapportés les deux formes que nous avons signalées dans les premières modifications du caractère produites par la maladie, la dépression et l'excitation.

Nous regardons donc la folie comme étant, dans certains cas, symptomatique du goître exophthalmique, nous basant surtout, pour étayer cette opinion, sur l'aggravation graduelle des symptômes psychiques commençant par une simple modification du caractère pour aboutir à la folie, débutant par la tristesse et l'hypocondrie pour finir par la mélancolie, ou bien encore débutant par un besoin exagéré d'activité pour arriver à la manie. Il peut se passer en somme pour les symptômes psychiques classiques de la maladie de Basedow ce qui se passe pour les symptômes cardiaques. Au début, on ne constate que de l'exagération dans la force et la fréquence des battements du cœur, mais il arrive fréquemment que des souffles se produisent, ainsi qu'une grande irrégularité dans les battements, au point de produire le tableau clinique d'une maladie du cœur arrivée à la période d'asystolie. La même chose peut se produire dans le domaine de l'intelligence. La comparaison entre ces deux ordres de symptômes, cardiaques et intellectuels, peut même être poussée plus loin.

En effet, de même que les troubles cardiaques exagérés, tels que bruits de souffle et asystolie, sont ou temporaires ou permanents, de même les troubles psychiques exagérés peuvent soit persister, soit disparaître. La manie semblerait, au dire des auteurs, être plus souvent temporaire, tandis que la mélancolie aurait plus de tendance à persister.

Nous ajouterons qu'il en est des troubles psychiques dans le goître exophthalmique comme de la plupart des

©BIUM

symptômes, tels que le goître, l'exophthalmie, le tremblement. Si parfois ils se montrent avec une intensité extraordinaire, d'autres fois ils font complètement défaut; et j'ai pour ma part observé au moins un cas où la maladie était des mieux caractérisées sans la plus légère modification psychique.

De même aussi que parfois c'est le goître, ou l'exophthalmie qui sont les premiers symptômes qui attirent l'attention, de même les troubles psychiques peuvent ouvrir la scène et il semble que dans ces cas la folie soit particulièrement à redouter. C'est du moins ainsi que les choses se sont passées dans le cas de Paul, cité par Rendu (1), dans son article du *Dictionnaire encyclopédique*. Il s'agit d'une jeune fille de vingt-trois ans qui vit ses règles supprimées à la suite d'un refroidissement. « Presque en même temps, elle tomba dans un état de prostration et de mélancolie profondes : quelques semaines plus tard apparurent les symptômes classiques de la maladie de Basedow. » Cette observation est des plus instructives parce que l'évolution rapide des accidents ne permet pas de les dissocier ; ce n'est pas un goître exophthalmique qui est survenu chez une mélancolique, mais bien la mélancolie qui a ouvert la marche des symptômes, ou plus justement qui a la première attiré l'attention de l'entourage et du médecin.

Mais si les troubles psychiques peuvent ainsi être les premiers en date et se montrer d'emblée avec une telle intensité, on peut se demander s'ils peuvent préexister pendant longtemps avant l'apparition des autres symptômes du goître exophthalmique? Une réponse précise à cette question nous serait de la plus grande utilité pour l'interprétation du cas que je viens de vous présenter, mais je n'ose me hasarder sur ce terrain. Je voudrais connaître d'autres faits analogues avant d'envisager comme étant déjà la maladie de Basedow, les troubles psychiques qui pendant de longues années paraissent avoir existé seuls chez ma malade ; aussi

(1) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.* — Article *Goître exophthalmique*, page 53.

©BIUM

jusqu'à plus ample informé me semble-t-il plus sage de considérer ce fait comme un cas mixte de mélancolie générale d'une part, et de goître exophthalmique d'autre part. Il ne me répugnerait pas d'ailleurs de regarder la mélancolie comme ayant favorisé l'apparition du goître exophthalmique ; mais nous ne pourrions aller plus loin et pour nous cette femme est atteinte de deux affections différentes existant simultanément : la mélancolie et le goître exophthalmique.

Dans d'autres circonstances, la maladie de Basedow se développe chez des prédisposés, assez fréquemment chez des hystériques, et alors on peut voir des troubles psychiques existant déjà à un léger degré avant l'apparition du goître exophthalmique, servir de point de départ aux troubles psychiques de la maladie de Basedow et se développer au point de constituer d'une manière indiscutable de l'aliénation mentale. Les troubles psychiques peuvent ainsi avoir une double parenté, appartenir à l'hystérie par leur origine et au goître exophthalmique par leur développement excessif.

Du reste, dans tous les cas où le goître exophthalmique s'accompagne d'aliénation mentale, on trouve une prédisposition plus ou moins accusée, parfois légère, mal dessinée, consistant simplement en une tare héréditaire ; d'autres fois, précise, comme quand il s'agit de sujets hystériques ou hypocondriaques ; enfin, dans d'autres cas, ce n'est plus chez des prédisposés, mais bien chez des aliénés, que la maladie de Basedow se développe.

Nous croyons donc pouvoir poser les conclusions suivantes :

1° Les modifications du caractère et de l'intelligence qui s'observent dans la plupart des cas de goître exophthalmique peuvent prendre de telles proportions qu'elles constituent alors réellement de la folie, se présentant soit sous la forme de mélancolie, soit sous celle de manie. Il y a lieu dans ces cas de considérer la mélancolie ou la manie comme symptomatique de la maladie de Basedow.

Il peut arriver que la mélancolie de la maladie de Basedow marque le début de cette affection.

2° La maladie de Basedow peut se développer chez

©BIUM

des malades atteints depuis longtemps d'aliénation mentale. Dans ces cas, l'aliénation mentale constitue une affection tout à fait différente de la maladie de Basedow, mais peut s'aggraver sous l'influence du goître exophthalmique.

3° Chez des prédisposés, et particulièrement chez des hystériques ou des hypocondriaques, la maladie de Basedow peut se compliquer de troubles vésaniques qui empruntent leur forme et leur origine à la maladie première, et prennent sous l'influence de la seconde un développement excessif. Les troubles psychiques ne doivent dans ces cas être regardés que comme partiellement symptomatiques de la maladie de Basedow ; ils appartiennent en réalité, en partie à la maladie de Basedow; en partie à l'hystérie ou à l'hypocondrie (1).

Je terminerai par quelques considérations sur la difficulté du diagnostic dans certains cas analogues à celui que je viens de présenter. Actuellement chez cette malade il n'existe ni exophthalmie, ni tumeur thyroïdienne, de sorte que l'on ne peut faire le diagnostic à première vue. Le tremblement est devenu général, ce qui n'est pas très rare chez les aliénés. Le cœur bat très irrégulièrement, présente un souffle à la pointe et simule une affection mitrale avec asystolie, de sorte que si nous n'avions pas assisté à l'évolution de la maladie depuis quatorze mois, nous méconnaîtrions à coup sûr la maladie de Basedow. Il est donc certain que cette affection peut se déformer par le développement excessif de quelques-uns de ses symptômes et l'amoindrissement ou la disparition des autres et que dans certains

(1) Voir *Société médicale des Hôpitaux* (séance du 11 avril 1890). M. Joffroy a communiqué un cas d'hallucinations de la vue chez une jeune fille hystérique atteinte depuis cinq mois de goître exophthalmique. La première hallucination consista dans la vision d'un chien enragé qui avait effrayé la malade bien longtemps avant le début du goître exophthalmique. Cet incident avait donné lieu pendant près de deux ans à des cauchemars fréquents; mais depuis plusieurs années ce cauchemar avait disparu lorsque la maladie de Basedow en a déterminé la réapparition, suivie peu de temps après de l'hallucination. La maladie de Basedow a emprunté à l'hystérie son cauchemar et en a crée l'hallucination qui lui appartient en propre.

©BIUM

cas le goître exophthalmique peut se dissimuler derrière la folie.

Observation de paralysie générale à forme anormale, avec autopsie.

M. ROUILLARD. — Messieurs, l'observation que je vais vous lire met en cause plusieurs questions intéressantes ; elle est d'ailleurs doublement curieuse au point de vue purement clinique et au point de vue anatomo-pathologique.

Voici d'abord les certificats d'entrée ; ils établissent nettement l'état de notre malade à ce moment :

Eugènie N..., quarante-cinq ans, célibataire, ouvrière en robes, née à Paris.

16 *février* 1887. — Accès de délire des persécutions chez une névropathe. Récit de vols imaginaires, de prétendues tentatives d'empoisonnement. Elle se plaint que des somnambules rôdent autour d'elle ; elle place un couteau sous son oreiller. Nulle suite dans les conceptions délirantes. — Signé : Dr Garnier.

Le lendemain, en l'absence du Dr Pichon, que je remplaçais en qualité de chef de clinique adjoint, je signais le certificat suivant : Délire des persécutions. Des esprits ou des somnambules la persécutent depuis peu, la volent et lui restituent les objets volés. Hallucinations psychiques (on lui a pris ses idées, on lui vole ses pensées aussitôt qu'elles lui viennent). On a mis du poison dans son quinquina. Pas d'hallucinations de la vue ni de l'ouïe. Ne désigne pas et ne connaît pas ses persécuteurs. Avant ces idées de persécutions a eu une période de plusieurs années de tristesse. — Signé : Rouillard.

Les renseignements recueillis par cette malade sont malheureusement peu nombreux et peu précis.

Elle était enfant naturelle, et avait perdu sa mère jeune. Impossible donc d'être renseigné sur ses antécédents héréditaires. Sa patronne, qui est une des premières grandes couturières de Paris, faisait d'elle le plus grand éloge. Notre malade était une excellente ouvrière ; elle gagnait de 7 à 8 francs par jour, ce qui, pour une femme, est un salaire assez élevé. On lui avait connu un amant qui l'aurait quittée peu d'années avant son internement. On ne lui a pas connu d'enfant. Elle travaillait depuis quinze ans dans la même maison, étant très zélée, très ponctuelle, n'étant jamais arrivée en retard de cinq minutes et paraissant mener une existence des plus régulières.

©BIUM

Jamais on n'avait rien marqué de bizarre dans son attitude, mais son caractère était peu enjoué, elle parlait peu. Dans les derniers temps, elle s'était mise à fréquenter les réunions publiques, s'occupait de politique, étudiait les questions sociales. Aussi ses camarades d'atelier l'avaient-elles surnommée Louise Michel. On la soupçonnait de faire quelques excès de boisson. Cependant son travail n'en avait pas souffert et n'avait rien perdu de sa régularité.

Physiquement, elle était bien conformée. La santé physique était parfaite. Les traits étaient réguliers, le crâne, la face, la bouche, les oreilles ne présentaient rien de particulier. Pas de troubles de la sensibilité, aucun symptôme d'hystérie. Pas de tremblement.

L'attitude de M^lle N... était plutôt celle d'une mélancolique avec idées de persécution que celle d'une vraie persécutée. Elle a peut-être eu des idées de suicide, ainsi que le ferait supposer ce passage d'une de ses lettres : « M^lle N... vous a juré sur les cendres de sa mère qu'elle en finirait, elle le ferait comme elle le dit, vous ne voudriez pas, monsieur, être l'auteur de sa mort ». Il est vrai cependant que, à part cette phrase, rien dans ses conversations ne pouvait faire croire à de la mélancolie suicide.

Pendant dix-huit mois, cette malade est restée stationnaire, calme et peu loquace, toujours assise à travailler devant une table, réclamant souvent sa sortie, mais sans acrimonie, toujours très polie, ayant toutes les apparences d'une persécutée passive. Ses lettres, dont le style et l'orthographe sont déplorables, sont très cohérentes. Elle écrit à sa patronne, en lui demandant de venir réclamer sa sortie, donnant quelques détails anecdotiques sur d'autres malades, et quelques ordres pour son logement et son mobilier. Tout cela paraît fort sensé. Mais quelques phrases semblent indiquer un début de délire de grandeurs. Ainsi, dans une lettre datée du 15 janvier 1888, c'est-à-dire onze mois après son entrée, je trouve ces mots : « Ils ont intérêt à me garder; ils ont fait des recherches sur ma famille; ils y ont appris que j'étais d'une grande famille noble, etc. » Cette lettre est signée : de Nevers, particule que la malade ajoute à son nom pour la première fois. Ce symptôme fut considéré comme un début de mégalomanie, conséquence si fréquente, et souvent logique du délire des persécutions.

Cette malade était donc étiquetée dans le service comme délirante persécutée passive, avec début de délire de grandeurs. On ne trouvait pas dans ses conceptions délirantes l'ampleur que l'on constate si souvent chez ces sujets, mais elle était d'un niveau intellectuel peu élevé et n'avait pas d'instruction.

Le 1^er novembre 1888, je succédais à M. le D^r Pichon

©BIUM

comme chef de clinique de la Faculté. Je fus très étonné de trouver cette malade très différente de ce que je m'imaginais, ne l'ayant pas interrogée depuis plusieurs mois. Le 13 novembre, je l'examinais en particulier. Il y avait vingt et un mois qu'elle était entrée dans le service. J'apprenais par la surveillante que depuis près de deux mois sa manière d'être avait changé. Très propre autrefois, elle était devenue sale, ne se lavait plus spontanément, couchait avec ses effets, se souillait en allant à la garde-robe, mangeait gloutonnement sans mâcher et répandant la nourriture autour d'elle, tellement qu'il avait fallu la faire manger avec les gâteuses. Elle avait beaucoup engraissé. Elle ramassait de menus objets. Ses poches étaient pleines de détritus, de toutes sortes de cailloux, de bouts de papier, d'os, etc. Elle volait les provisions des autres malades, avait dérobé des potions. Elle volait d'ailleurs, quelques jours après, une pièce de dix francs et interpellée pour ce fait, me répondait qu'elle l'avait prise parce qu'elle était jolie et qu'elle brillait. Sa conversation était celle d'une démente. La mémoire avait beaucoup faibli. Elle ne savait depuis combien de temps elle était internée, alors qu'auparavant, elle pouvait, comme presque tous les persécutés, dire exactement depuis combien de jours elle était dans le service. Au lieu de réclamer sa sortie, elle disait se trouver très bien en parfaite santé, disait qu'elle était jolie et qu'elle ne paraissait que vingt ans. — Elle se prétendait la dernière descendante des ducs de Nevers, grande famille qui possédait toute la ville de Nevers. Son aïeul, un duc de Nevers, avait été maréchal de France vers l'an 1500, sous Napoléon 1er, ajoutait-elle, famille très riche, dont l'héritage devait lui revenir. Elle ne gagnait que 50 francs par semaine, mais serait bientôt millionnaire, et épouserait un prince.

Au point de vue physique, embarras de la parole très notable, qui alla en augmentant, pendant les deux derniers mois de sa vie, elle ne bredouillait que des mots inintelligibles. Tremblement fibrillaire de la langue et des muscles de la face. Myosis double. — Je crois qu'en présence de tous ces symptômes, le diagnostic de paralysie générale s'imposait.

Pendant un an que la malade vécut encore, elle offrit le type banal de la paralysie générale, devint complètement gâteuse vers le mois de septembre 1889, fut alitée vers la fin d'octobre, et mourut le 21 novembre dernier, dans le marasme paralytique, avec des escarres nombreuses et étendues.

Avant de vous lire le procès-verbal de l'autopsie pratiquée par M. le D^{r} Klippel, chef du laboratoire de la Clinique de Sainte-Anne, je vous demanderai, Mes-

©BIUM

sieurs, la permission de vous faire remarquer les anomalies du début de cette paralysie générale.

J'abandonne naturellement le diagnostic de délire des persécutions, posé le 16 février 1887. Il n'y avait pas d'hallucinations de l'ouïe, mais il y avait des hallucinations du goût et de l'odorat ; il y avait des idées de persécution et des interprétations délirantes. On la regardait de travers, on se moquait d'elle au magasin, on la volait ; c'étaient des esprits qui la volaient, car jamais sa serrure n'avait été faussée. On lui prenait ses pensées, on pensait avant elle. Je croyais trouver une certaine cohésion dans ces idées de persécution, contrairement à M. Garnier, qui avait mis : nulle suite dans les conceptions délirantes. Je conviens que c'était lui qui avait raison, et je fais amende honorable pour ce diagnostic trop prématurément posé.

Mais, Messieurs, il n'en reste pas moins acquis, quel que soit le diagnostic qu'on ait pu poser au moment de l'entrée de la malade, que c'était une vésanique. Pendant près de vingt mois, aucun trouble moteur, aucun signe physique ne pouvait faire soupçonner la paralysie générale. Quant au délire, il n'avait non plus aucun des caractères de celui de la périencéphalite. On n'y trouvait pas ce cachet d'absurdité, si souvent mis en lumière par les auteurs. La note dominante était les idées de persécution, et, quoiqu'elle se soit montrée assez docile dans le service, malgré ses réclamations réitérées pour sa sortie, elle pouvait assez facilement passer pour une persécutée active, car elle cachait sous son oreiller un couteau pour tuer les somnambules. Le délire de grandeurs qui, au bout de deux ans, était à son apogée, ne s'est montré que timidement, et dans une lettre, et aurait pu passer inaperçu.

Quelle étiologie faut-il donc trouver pour cette paralysie générale ? Les excès ? Mais la conduite de cette femme était exemplaire. L'alcoolisme ? Je ne veux point ici entamer une discussion sur cette grosse question. Mais l'alcoolisme, sur le compte duquel on pourrait facilement mettre les idées de persécution, n'est point du tout démontré ici. La patronne de notre malade l'a soupçonnée de faire quelques excès alcooliques. Mais elle n'avait pas d'insommie, pas d'hallucinations,

©BIUM

pas de tremblement.— La ménopause ? Encore une cause discutable; chez notre malade elle était survenue, et sans trouble aucun, depuis cinq ans. — Les causes morales, les chagrins ? — Mais cette femme était à l'abri du besoin et avait quelques économies ! Quant à ses chagrins domestiques, si elle en a éprouvé, elle n'en a jamais parlé. Irions-nous donc accuser le milieu nosocomial et les conditions particulièrement bonnes au point de vue de l'hygiène, dans lesquelles se trouvent nos malades.? L'étiologie reste donc ici obscure. Et, en résumé, nous sommes en présence d'une malade entrée pour un délire vésanique et qui est devenue paralytique générale au bout de vingt mois. Si la cause de la périencéphalite est antérieure à l'internement, cela prouverait une fois de plus combien peut être longue la période d'incubation de la paralysie générale.

Voici maintenant le compte rendu de l'autopsie et de l'examen histologique pratiqués par M. Klippel :

Autopsie (22 nov. 1889). — Cadavre très amaigri, bien conservé. — Les os du crâne sont très minces ; — rien d'anormal du côté de la dure-mère dont les sinus contiennent peu de sang. — Les méninges et le cerveau ne présentent qu'une hyperémie très légère avec un certain degré d'œdème.

Sur l'hémisphère gauche, qui est bien conformé, on ne voit, après arrachement de la pie-mère, aucune trace d'érosion. Sur l'hémisphère droit, il n'y a pas non plus d'érosion, seulement sur quelques points des circonvolutions frontales on remarque un léger dépoli de la surface avec coloration rosée de ces régions et piqueté vasculaire. Partout ailleurs, l'aspect est parfaitement lisse, sauf au niveau du bord supérieur où les circonvolutions sont superficiellement érodées. Ici, cet état est à peine qualifiable de lésion pathologique.

Pas de lésions des vaisseaux de la base et des branches qui en partent. Le système vasculaire ne présente point de plaques athéromateuses, ni d'épaississement.

La conformation de la base du crâne est normale.

Des deux côtés, les hémisphères sont assez fermes, ne s'affaissent pas et les parois des ventricules ne sont ni flasques ni juxtaposées, ainsi que cela se rencontre dans la paralysie générale.

Après examen minutieux à l'œil nu, on ne saurait conclure qu'il s'agit de cette maladie ; l'autopsie macroscopique est négative.

©BIUM

Les pédoncules et le mésocéphale sont normaux non congestionnés, sans traces visibles d'encéphalite.

A la vue, la moelle est normale.

Les muscles des membres ont une coloration variant du brun au jaunâtre.

La peau est profondément modifiée aux talons, où l'escarre va jusqu'à l'os, ainsi qu'au sacrum.

Les nerfs sont normaux à la vue.

Le poumom droit présente à la base des taches purpuriques sous-pleurales. Son lobe inférieur est privé d'air, affaissé, et les fragments qu'on y coupe plongent rapidement au fond de l'eau.

Pas trace d'anciens tubercules aux sommets.

Le cœur est petit et décoloré, sans lésions valvulaires.

Les lobules hépatiques sont graisseux à leur périphérie et congestionnés à leur centre (aspect de foie muscade).

Les reins sont de moyen volume. Des deux côtés, la capsule s'enlève très facilement, laissant voir une surface lisse et jaunâtre. La substance corticale est amincie partout, présentant, un à un et demi-millimètre d'épaisseur. La teinte est ici jaunâtre et d'aspect graisseux. D'un côté, légère dilatation des voies d'excrétion.

Vessie saine.

Examen histologique. — On voit par le compte rendu de l'état des centres nerveux que rien ne pouvait faire affirmer et même soupçonner le diagnostic anatomique de paralysie générale, la lésion typique de cette maladie, l'érosion par arrachement des méninges faisant entièrement défaut. C'est dans ces conditions que nous avons pratiqué l'examen histologique.

Des recherches ont été faites à l'état frais, dans le but spécial d'étudier les tubes nerveux à l'aide de la méthode que l'un de nous a déjà décrite ailleurs.

Cette méthode est la suivante :

Des coupes aussi minces que possible ont été faites sur la substance corticale fraîche, et n'ayant été placée dans aucun liquide. On ne doit pas trop s'inquiéter d'une certaine épaisseur de ces coupes, celles-ci devant ultérieurement subir un certain écrasement par le poids de la lamelle qui les recouvrira et, de ce fait, ramincir.

Les coupes sont reçues dans l'eau et portées ensuite dans une solution d'acide osmique à 1 p. 100. Elles y restent deux ou trois heures. Puis on les porte sur une lame, on verse dessus une ou deux gouttes d'une solution de potasse qui gonfle le tissu et le ramollit en le décolorant un peu. On place alors la lamelle sur la coupe et si celle-ci est trop épaisse,

©BIUM

on produit un léger écrasement. On examine immédiatement, car ces préparations ne se conservent pas. En y ajoutant de la glycérine, on peut les conserver, mais alors elles perdent souvent au point que le réseau de la substance corticale n'est plus visible le lendemain. Les fibres de la substance blanche le sont encore, mais moins bien que la veille.

L'étude faite à l'aide de ce procédé sur des circonvolutions normales permet de constater qu'il existe, dans toute l'épaisseur de la substance corticale, un réseau de fibres nerveuses à myéline d'une très grande finesse et que nous n'avons pu voir aussi abondant avec une autre technique ; il permet sur les cerveaux pathologiques d'étudier et de préciser les lésions de ces tubes nerveux. Par comparaison, on peut juger du degré de la maladie.

Notre examen a encore porté sur des pièces après durcissement et coupes histologiques, soit traitées d'une manière analogue, soit par le picro-carmin, soit par le procédé de Weigert (hématoxyline).

En opérant par ces méthodes sur le cerveau qui nous occupe, nous avons pu constater des lésions histologiques particulièrement accusées sur les circonvolutions frontales, la première surtout.

La lésion était constituée essentiellement par la diminution des plexus nerveux qui entourent les cellules ganglionnaires et dont les ramifications les croisent en tout sens. Comparées avec des préparations saines, on voyait une destruction d'un grand nombre de fibres à myéline, de telle sorte que le réseau était souvent réduit à quelques fibres ayant conservé des caractère normaux. Sur certains points, la destruction était totale; l'on ne distinguait que des vestiges. Cette intensité des lésions n'existait qu'au niveau de la partie la plus périphérique des circonvolutions; en se rapprochant de la zone des grandes cellules pyramidales, les faisceaux nerveux étaient bien moins altérés. Cette destruction s'accompagnait d'amas granuleux et laissait mieux distinguer les cellules de la névroglie par disparition des éléments nobles, mais sans qu'on pût dire pour cela qu'il y eût de sclérose corticale.

Les cellules nerveuses ne présentaient que des altérations banales, dégénérescence granuleuse, graisseuse ou ocreuse, avec modification dans leur forme et peut-être dans leur nombre.

Quelquefois, mais rarement, on rencontrait la prolifération des cellules rondes voisines des grandes cellules nerveuses à l'état normal.

Les lésions des capillaires de la substance corticale étaient manifestes, mais sans atteindre le degré qu'elles revêtent souvent dans la paralysie générale. Elles consistaient en dilatation

©BIUM

congestive avec exsudation et diapédèse de quelques globules blancs dans les espaces lympathiques périvasculaires.

Dans la substance blanche on trouvait des lésions analogues des tubes à myéline, lésions essentiellement diffuses et peu intenses par rapport à d'autres cas. Au point de vue de la physiologie psychologique, il était intéressant de noter que ces adultérations touchaient aussi bien les fibres transversales, celles qui unissent entre eux différents départements des circonvolutions avec des fibres longitudinales.

D'après la constatation de ces lésions histologiques, nous les rapprochons de celles rencontrées par l'un de nous dans plusieurs cas de paralysie générale (1), où le diagnostic clinique n'offrit aucune incertitude et où les érosions caractéristiques existaient à l'autopsie ; si nous les rapprochons de lésions analogues décrites il y a quelques années par Tuczek, nous pouvons conclure qu'il s'agissait bien, dans notre cas, d'une paralysie générale avec lésions matérielles et caractéristiques, bien qu'il n'y eût pas de méningite et pas d'adhérences superficielles.

De cette observation, nous croyons pouvoir conclure :

1° Que la paralysie générale ne peut, dans quelques cas, être diagnostiquée après autopsie que grâce à un examen histologique ;

2° Qu'avec des lésions corticales peu prononcées, on peut voir la maladie évoluer cliniquement avec des caractères parfaitement dessinés, amenant un marasme complet, des escarres profondes, des paralysies, des lésions rénales, et la spléno-pneumonie qui, d'après nous, est si fréquente à la dernière période de la maladie qui nous occupe ;

3° La nature de la maladie étant établie, nous montrons qu'au point de vue clinique, la paralysie générale peut à son début évoluer en prenant le masque du délire des persécutions, avec hallucinations, choix d'un persécuteur, etc.

M. Chaslin. — Le procédé employé par M. Klippel, mettre les coupes fraîches du cerveau d'abord dans

(1) *Soc. anat.*, décembre 1889.

©BIUM

l'eau, puis seulement après dans l'acide osinique, est défectueux, car l'eau produit un effet fâcheux sur la forme des gaines de myéline. De plus, d'après ce qu'il dit lui-même, les préparations ne se conservent pas : le procédé d'Exner primitif, modifié par M. Ranvier, permet au contraire de les conserver.

Maintenant on ne voit pas que M. Klippel ait constaté la lésion que l'on trouve le plus souvent dans la paralysie générale, quoique cela ne soit très probablement pas pathognomonique, à savoir la prolifération diffuse des fibres et cellules de la névroglie, improprement appelée sclérose, accompagnée des lésions des vaisseaux. Il me paraît donc légitime d'émettre un doute sur le diagnostic anatomique, tout en remarquant que les procédés employés par M. Klippel n'étaient pas très propres à révéler l'existence de ce qu'on appelle improprement la sclérose et qui est ordinairement très visible avec les procédés appropriés.

M. CHRISTIAN fait remarquer que l'observation lue par M. Rouillard ne s'impose pas comme un fait de paralysie générale. Le diagnostic porté lui semble très contestable ; il serait plutôt disposé à croire qu'on s'est trouvé en présence d'une apoplectique.

M. LEGRAIN fait des objections identiques, et note que M. Rouillard n'a pas signalé la sclérose interstitielle, processus anatomo-pathologique qui caractérise la paralysie générale.

M. PAUL GARNIER demande à M. Rouillard s'il est bien sûr d'avoir eu affaire à une lésion diffuse comme la paralysie générale et non point à une lésion circonscrite ; l'examen microscopique n'a pas porté sur les parois du quatrième ventricule.

M. ROUILLARD insiste sur les motifs qui lui ont fait porter le diagnostic de paralysie générale.

La séance est levée à six heures.

PAUL GARNIER.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX AMÉRICAINS

The alienist and neurologist.

ANNÉE 1886.

I. — *Sur certains états de délire dans l'ivresse*, par le Dr T. D. Crothers, de Hartford, Connecticut (n° de janvier). — L'auteur insiste particulièrement sur la nécessité de tenir compte du degré de facilité avec lequel certains individus subissent l'intoxication alcoolique. Il y en a, en effet, qui, pour n'avoir absorbé qu'une faible quantité d'alcool, pour n'avoir fait que par hasard des excès alcooliques, sont frappés de delirium tremens ou de tout autre délire alcoolique. Ces individus sont généralement des instables, des héréditaires, et ils ne doivent pas être confondus avec de simples ivrognes.

II. — *Emploi de la cocaïne contre le morphinisme*, par le Dr Edward C. Mann, de Brooklyn, New-York (n° de janvier). — Un morphinomane qui était exalté et comme atteint d'agitation maniaque, avait été traité en vain par les bromures et d'autres médicaments sédatifs. On lui fit une injection sous-cutanée de dix gouttes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 4 pour 100. Le calme fut promptement obtenu. Le moyen ayant été continué, la guérison devint complète en cinq semaines.

III. — *Des rapports des fonctions digestives avec le cerveau*, par le Dr Edward C. Mann, de Brooklyn, New-York (n° de janvier). — Les états de dépression mentale, depuis l'hypocondrie simple, jusqu'à la mélancolie la plus accentuée, sont souvent en rapport avec des troubles du tube digestif, non seulement organiques ou inflammatoires, mais même simplement fonctionnels. Dans ce dernier cas, la guérison de la maladie mentale s'obtient aisément par un traitement dirigé surtout sur le tube digestif.

IV. — *Affaire Armstrong*, par le Dr Théo. W. Fisher, de Boston (n° de janvier). — Histoire d'un procès en annulation

©BIUM

de testament pour cause de captation et de démence. Le Dr Fisher établit nettement l'affaiblissement intellectuel et l'incapacité du testateur, et le tribunal donna gain de cause à ses conclusions.

V. — *Homicide commis par une femme épileptique. Suicide*, par le Dr Henri R. Stedmann, de Boston (n° de janvier).

VI. — *La démence paralytique*, par le Dr Jos. G. Kiernan, de Chicago (n° de janvier). — Mémoire ayant pour but de montrer que la paralysie générale peut être primitive ou consécutive à d'autres maladies des centres nerveux.

VII. — *Mélancolie avec stupeur ayant duré près de cinq années*, par le Dr Orville Jay Wilsey, de Binghampton, New-York (n° d'avril). — Le fait concerne un homme de quarante-cinq ans qui, à une seconde attaque de folie, fut pris de mélancolie avec stupeur. Il resta plus de quatre ans sans parler, et une longue partie du temps il fut presque complètement inerte, gardant indéfiniment la même position. Il ne manifestait aucune activité intellectuelle; la visite de ses parents, de ses amis, le laissait indifférent ; il semblait ne pas les reconnaître.

Durant cet intervalle, il eut d'abord un zona, puis une pleurésie grave qui ne changèrent en rien ses dispositions.

Quand il reprit l'usage de la parole, il put raconter tout ce qu'il avait éprouvé durant sa maladie; son intelligence avait été toujours active, mais obsédée par toutes sortes d'idées délirantes, des illusions, des hallucinations terrifiantes ; il était perpétuellement dans une sorte d'état de rêve avec cauchemars plus ou moins pénibles. Il voyait bien les personnes, les reconnaissait, mais leur attribuait des qualités tout autres que la réalité. Ses impressions étaient également bizarres au sujet du lieu de séjour où il se trouvait. Enfin il avait perdu complètement la notion de sa personnalité.

Il guérit de son accès de maladie mentale, mais succomba, quelque temps après, à une attaque subite d'apoplexie.

VIII. — *Du traitement de la mélancolie*, par le Dr C. H. Hughes, de Saint-Louis (n° d'avril). — Rapide aperçu de ce qu'il convient de faire à l'égard de la mélancolie. Le Dr Hughes pose en principe que si cette maladie est souvent en rapport avec des troubles viscéraux, le cerveau néanmoins est toujours en cause, soit directement, soit par sympathie. Dès lors le traitement doit s'adresser à lui en même temps qu'aux autres organes. Dans ces conditions, il comprend strictement les règles suivantes : calmer l'agitation mentale; rendre à l'acti-

©BIUM

vité cérébrale son énergie ; donner au malade des impressions agréables ; faire disparaître toutes les causes morales de la mélancolie, ou bien éloigner le malade du milieu où elles se sont produites ; faire cesser également toutes les influences physiques.

Au premier point se rapporte l'emploi des calmants de toute espèce ; au second, l'emploi des agents toniques, d'une bonne alimentation, d'un régime convenable. Sur le troisième, le Dr Hughes préconise une série de médicaments, l'opium, le chanvre indien, la caféine, la théine, la quinine, le valérianate d'ammoniaque, le chloroforme, l'alcool, la coca, qui, selon lui, agissent comme stimulants et comme exhilarants.

Quelle que soit la thérapeutique adoptée, il faut considérer que la mélancolie guérit assez aisément si elle est simple ; mais que l'amélioration est difficile, si elle se complique de manifestations délirantes, ou si elle est en rapport avec des lésions organiques du cerveau. Dans quelques cas, elle a une durée longue et peut ne guérir qu'après plusieurs années.

IX. — *Rapports de la phtisie et de la folie*, par le Dr B. R. Benner, de Lowell, Massachusets (n° d'avril). — Le Dr Benner estime que la phtisie peut, au même titre que la syphilis, l'alcoolisme, la diathèse cancéreuse, le morphinisme, causer la folie, ou en modifier les allures.

Les phtisiques aliénés dont il a analysé les observations présentaient surtout des idées délirantes de suspicion, de persécution ; ils avaient des hallucinations, et leur intelligence semblait notablement affaiblie.

L'action pathogénique de la phtisie peut s'exercer de deux manières, soit qu'elle amène directement la folie chez les individus qu'elle atteint, soit qu'il y ait transformation de l'hérédité morbide.

Cette dernière condition mériterait d'être élucidée à fond. Il serait en effet curieux de déterminer si, dans ce cas, comme dans bien d'autres, l'hérédité se manifeste par autre chose que la phtisie. Parmi les malades dont il a réuni les observations, le Dr Benner en a trouvé dans lesquels cette alternance semblait évidente.

D'une manière générale, la folie chez les phtisiques est difficile à guérir, alors même que la maladie pulmonaire viendrait à s'amender.

X. — *Le traitement moral des aliénés*, par le Dr H. E. Allison, de Willard, New-York (n° d'avril). — Revue des

©BIUM

moyens les plus communément employés pour occuper, distraire les aliénés, et ainsi corroborer les effets du traitement thérapeutique.

X. — *La responsabilité criminelle;* par M. le Dr Henry Howard, de Montréal, Canada (n° de juillet). — Suivant cet auteur, le principe essentiel de la responsabilité serait l'état parfaitement physiologique de l'homme, c'est-à dire l'équilibre parfait entre les dispositions physiques et le développement intellectuel et moral. Mais ce principe est évidemment inadmissible, car si on le prenait au pied de la lettre, il n'y aurait plus de criminels proprement dits, et les trois quarts des hommes seraient irresponsables.

XI. — *Rapports sur les progrès de la classification des maladies mentales;* par M. Clark Bell, de New-York (n° de juillet). — Le congrès d'Anvers ayant émis le vœu que l'on établit une classification internationale des maladies mentales, Clark Bell, dans ce rapport, présentait à la Société de médecine légale de New-York une vue d'ensemble des principales classifications admises alors, et donnait ainsi au comité formé aux États-Unis le moyen de répondre au vœu du congrès.

XII. — *Sur l'organisation du traitement des aliénés;* par M. le Dr John S. Butler, de Hartford, Connecticut (n° de juillet). — Le Dr Butler, d'après les résultats d'une longue expérience, insiste sur la nécessité de séparer les curables des incurables, et de n'avoir pas un nombre de malades trop élevés dans un même asile.

XIII. — *De certains phénomènes héréditaires et psychiques, dus à l'état d'ivresse;* par M. le Dr Crothers, de Hartford, Connecticut (n° d'octobre). — L'auteur appelle l'attention sur les phénomènes d'intoxication alcoolique apparente, mais nullement réelle, qui se produisent chez les individus issus de parents alcoliques, ou chez des individus qui, sobres actuellement, ont été naguère adonnés aux boissons alcooliques. Les phénomènes en question ressemblent à un accès d'ivresse, et se produisent généralement à la suite d'une vive impression morale, mais quelquefois aussi par le fait d'influences quelconques.

XIV. — *De l'enseignement scolaire chez les aliénés;* par M. le Dr Jas. G. Kiernan, de Chicago (n° d'octobre). — Ce mode de traitement moral pourrait avantageusement être appliqué aux aliénés. Le Dr Kiernan rapporte trois observations, où le résultat en fut favorable; elles concernent : une jeune fille de dix-huit ans, atteinte de délire mystique; une

©BIUM

femme de vingt-deux ans, lypémaniaque ; un homme de trente-deux ans, atteint de délire des persécutions. Les leçons qu'on essaya de leur donner, et qui réussirent à fixer leur attention, contribuèrent à les améliorer.

Année 1887.

I. — *Les femmes médecins dans les asiles d'aliénés ; Leurs avantages ;* par M. le Dr G. C. Paoli, de Chicago ; *Leurs inconvénients ;* par M. le Dr Jas. G. Kiernan, de Chicago (n° de janvier). — Leurs avantages : elles sont plus aptes que les hommes à donner aux malades de leur sexe des soins spéciaux ; elles ne peuvent être, pour d'autres femmes, la cause du développement d'idées érotiques.

Leurs inconvénients : elles manquent absolument de fermeté et d'esprit de discipline.

II. — *Le traitement de la mélancolie ;* par M. le Dr A. R. Moulton, de Worcester (n° de janvier). — Ce traitement comporte les indications suivantes : restaurer les forces physiques par des toniques et par un régime convenable ; donner au mouvement circulatoire l'activité qui lui manque ; agir sur le moral du malade par des distractions et des occupations ; veiller à ce que le tube digestif fonctionne régulièrement ; procurer un sommeil qui d'habitude fait défaut. Le Dr Moulton préconise sur ce dernier point l'usage de l'uréthane, en doses massives de 2 à 3 grammes. Selon lui, l'opium est plus nuisible qu'utile.

III. — *Dipsomanie ;* par M. le Dr Edward C. Mann, de Brooklyn, New-York (n° de janvier). — Après avoir bien indiqué la distinction à établir entre la dipsomanie et l'intempérance, la dipsomanie consistant dans une tendance morbide irrésistible vers l'abus des alcools, et étant une véritable folie, le Dr Mann en indique les principes de traitement. Selon lui, si les purgatifs, les hypnotiques, les toniques sont utiles contre la dipsomanie, ils le sont moins qu'une alimentation bien réglée et que l'exercice physique. Contre la prostration où tombent quelquefois les dipsomanes inopinément privés d'alcool, le Dr Mann a employé avec succès la faradisation le long de la colonne vertébrale.

IV. — *Un complot d'aliénés ;* par le Dr Jas. G. Kiernan, de Chicago (n° d'avril). — Quatre aliénés avaient comploté de s'évader ; mais un seul, en réalité, agissait uniquement en vue de l'évasion. Celui-là était un alcoolique sujet à des accès d'ex-

©BIUM

citation ; il était très violent et avait mauvais esprit. Les autres étaient atteints, l'un de délire mystique avec idées de grandeur, il était entré dans le complot, parce qu'il le regardait comme un moyen providentiel de se soustraire à ses persécuteurs ; deux autres, de folie épileptique. De ces derniers, l'un qui fut le plus violent au moment de la tentative d'exécution du complot, et qui frappa un gardien, n'eut aucun souvenir de ce qu'il avait fait ; l'autre avait agi passivement, il se souvenait qu'on lui avait suggéré de fuir, mais ne savait pourquoi. C'est lui qui fit découvrir l'évasion. Ainsi, de ces quatre individus, un seul était agent vraiment actif, et savait ce qu'il faisait.

V. — *Du traitement des aliénés par le bain turc ;* par M. le Dr Chas. H. Shepard, de Brooklyn, New-York (n° d'avril). — Le bain turc, ou bain d'air chaud, pratiqué dans une pièce disposée en manière d'étuve, serait avantageux par les modifications qu'il imprime à la peau, à sa sensibilité, aux sécrétions cutanées. Plusieurs malades peuvent être mis ensemble dans une même salle. Le Dr Shepard a obtenu de cette sorte de bains de bons résultats comme calmants. Il cite plusieurs médecins d'asiles qui, comme lui, l'ont employé avec succès.

VI. — *Le génie n'est point une névrose ;* par le Dr Jas. G. Kiernan, de Chicago (n° de juillet). — Le Dr Kiernan s'élève avec force contre la doctrine du Dr Moreau (de Tours), doctrine qui selon lui est des plus funestes, parce qu'elle ne tend à rien moins qu'à ravaler le génie, et à rendre excusables, sous prétexte d'irresponsabilité, tous les excès des hommes qui se sont illustrés par leurs hautes facultés mentales.

VII. — *Sur la communication des idées délirantes des aliénés les uns aux autres ;* par M. le Dr S. V. Clevenger, de Chicago (n° de juillet). — Contrairement à une opinion communément admise, le Dr Clevenger croit que cette communication n'est pas rare, et la rapproche de ce qui se passe dans le cas de folie à deux. Son opinion est assurément des plus discutables ; car, dans les asiles, la communication en question ne s'observe guère souvent.

VIII. — *De la folie ou trouble mental ;* par M. le Dr H. A. Buttolph, de Short Hills (n° d'octobre). — Essai de classification des formes de folie. L'auteur estime que les manifestations psychiques ne doivent être envisagées qu'au second plan ; qu'il faut voir avant tout les modifications des fonctions cérébrales, savoir : exaltation, dépression ou perversion. Il pro-

©BIUM

pose la division suivante : 1° folie due à un arrêt de développement congénital : 2° folie due à une lésion aiguë du cerveau ; 3° folie due à une lésion chronique ; 4° folie due à une perversion simple.

IX. — *Les maladies utérines considérées comme cause de folie ;* par M. le Dr Alice May Farnham, de Willard, New-York (n° d'octobre). — Ce mémoire aboutit aux conclusions suivantes :

Bien qu'il y ait d'étroites relations sympathiques entre le cerveau et les organes de la génération chez la femme, il est rare cependant que les maladies utérines, à elles seules, soient une cause de folie. Il leur faut une cause adjuvante, l'hérédité, l'épuisement physique ou moral.

Les maladies utérines modifient souvent les allures d'une maladie mentale.

La période menstruelle, dans la folie maniaque, amène souvent un surcroît d'agitation.

X. — *La médecine légale et les maladies mentales et nerveuses ;* par M. le Dr S. V. Clevenger, de Chicago (n° d'octobre). — Le Dr Clevenger insiste sur l'erreur où le public et bien des magistrats sont encore aux États-Unis, ne voulant admettre comme maladies mentales que les états de déraison absolue. Il réclame que dans les affaires médico-légales, lorsque la question de folie est présumée, l'expert intervienne avant et non après les débats publics.

XI. — *Nature de la folie ;* par M. le Dr C. H. Hughes, de Saint-Louis (n° d'octobre). — L'élément pathologique incontestable de la folie, c'est la maladie du cerveau. Les idées délirantes, bien qu'elles en soient le critérium constant et principal, n'ont pas d'autre valeur, au point de vue morbide, que de servir d'indices à la maladie mentale.

Année 1888.

I. — *La jurisprudence relative à l'alcoolisme ;* par M. Clark Bell, de New-York. — *Les criminels alcooliques étudiés au point de vue scientifique ;* par M. le Dr T. D. Crothers, de Hartford, Connecticut. — *L'alcoolisme devant nos tribunaux ;* par le Dr C. H. Hughes, de Saint-Louis (n° de janvier). — Ces mémoires insérés dans un volume sur la matière, publié par la Société de médecine légale de New-York, ont été précédemment analysés en détail par M. le Dr Cullerre dans un article important à consulter, sur la Responsabilité des alcooliques

©BIUM

aux États-Unis (*Annales médico-psychologiques*, n° de novembre 1889).

II. — *Folie syphilitique*; par M. le Dr D. F. Kinnier, de New-York (n° de janvier). — Histoire d'une femme de trente-cinq ans, qui, peu de temps après un troisième accouchement, fut prise d'un délire caractérisé par des troubles de la vue et de l'ouïe, des idées de persécution, des craintes d'empoisonnement. Elle était sujette à des accès d'excitation et des attaques épileptiformes. Elle mourut. Le Dr Kinnier attribue sa maladie mentale et sa mort à la syphilis que son mari lui avait communiquée depuis longtemps, et dont elle portait en dernier lieu des marques irrécusables, notamment des plaques muqueuses. La coïncidence de la puerpéralité ôte à ce fait une partie de sa valeur.

III. — *Les asiles publics d'aliénés, considérés d'après une expérience personnelle, par un aliéné guéri;* par M. le Dr Janet E. Ruotz-Rees, de Brookside, New-Jersey (n° de janvier). — Dans cet article, il est rendu pleine justice aux soins donnés actuellement aux aliénés, à l'humanité avec laquelle ils sont traités. Mais l'auteur estime que l'agglomération d'individus atteints du même mal est préjudiciable aux uns et aux autres, et qu'il vaudrait mieux faire soigner les malades isolément dans les familles. Ses idées sont d'autant plus sujettes à critique, que pour les soutenir, il s'appuie sur les bons résultats obtenus par le système familial en France, où, comme on le sait, ce système n'existe pas encore.

IV. — *Idiots savants;* par M. le Dr E. S. Boland (n° de janvier). — Sous ce nom, l'auteur désigne des individus tout à fait arriérés, mais qui cependant ont eu quelques aptitudes à une chose en particulier. Son article est écrit au sujet d'un jeune homme de seize ans, issu de père et mère bien constitués, mais ayant eu des sourds-muets dans sa famille, et qui, ayant été, par suite de cécité et de faiblesse d'esprit, incapable d'apprendre à lire, savait cependant très bien compter et jouait sur le piano des airs qu'il avait entendus.

V. — *Cas extraordinaire d'homicide;* par M. le Dr J. T. Eskridge, de Colorado-Springs (n° de janvier). — Le meurtrier n'eut aucun souvenir de son homicide; pendant plusieurs jours après le meurtre, il resta dans un état d'égarement complet; il avait été poussé à agir par une impulsion subite. Le Dr Eskridge estime qu'il s'agissait là d'une amnésie simple. Il est plus que probable que ce meurtrier était atteint d'épilepsie larvée.

©BIUM

VI. — *La captation au point de vue médico-légal;* par M. Amos G. Hull, avocat à New-York (n° de janvier). — Pour qu'il y ait captation, il faut : d'un côté, un individu atteint de maladie ou d'infirmité mentale; d'un autre côté, persuasion frauduleuse ou importunité irrésistible; il faut enfin que l'individu malade ou faible d'esprit ait été frauduleusement poussé à faire une chose qu'il n'eut point faite s'il eût été dans un état intellectuel normal et vraiment maître de ses actions.

VII. — *Le travail dans le traitement de la folie;* par M. le Dr A. M. Horace Wardner, de l'asile d'aliénés d'Anna (n° d'avril). — Le travail est un des meilleurs moyens de traitement de la folie, surtout au moment de la convalescence. Il agit sur le moral et le physique des malades. Il les distrait et, en faisant emploi de leurs forces, il active la reconstitution organique.

Il est utile aux aliénés chroniques, qu'il empêche de s'absorber dans leur délire aussi profondément qu'ils le feraient.

Il peut être mis en usage dans toutes les formes de folie, même dans le cas de manie aiguë; mais cela ne peut se faire qu'avec prudence.

Tout asile bien organisé doit avoir le moyen de faire travailler tous les malades pour qui cela est possible.

VIII. — *Ma première observation de cocaïnophobie et de cocaïnomanie;* par M. le Dr C. H. Hughes, de Saint-Louis (n° d'avril). — Histoire d'un jeune homme qui, prédisposé quelque peu à la folie par le fait de tendances héréditaires et de déboires qui lui avaient affecté le moral, était tombé dans la mélancolie à la suite d'une simple injection hypodermique de cocaïne très diluée. Il se croyait empoisonné, et croyait qu'il dormait continuellement.

IX. — *Les habitudes alcooliques;* par M. le Dr L. W. Baker, de Baldwinsville, Massachusets (n° d'avril). — Voir, sur cet article, la *Revue critique* faite par le Dr Cullerre, que nous avons indiquée précédemment.

X. — *Les éléments nerveux et psycho-nerveux dans les maladies des femmes;* par M. le Dr C. H. Hughes, de Saint-Louis (n° d'avril). — L'organisme nerveux et les fonctions psychiques sont en relation intime avec l'appareil ovario-utérin. Pour bien soigner les maladies de cet appareil, il est donc nécessaire d'étudier et de savoir distinguer les influences réciproques que le système cérébro-spinal et lui peuvent avoir l'un sur l'autre, tant au moral qu'au physique.

XI. — *La responsabilité morale et criminelle;* par M. le

©BIUM

Dr P. Bryce, de Tuskaloosa, Alaska (n° de juillet). — L'auteur est de ceux qui croient que toujours il y a d'intimes relations entre le crime et la folie; que chez les criminels dont les facultés d'esprit paraissent normales, il faut rechercher s'il n'y a point un état d'émotivité spéciale capable de troubler l'intelligence. Il abonde à cet égard dans le même sens que Maudsley et admet qu'avant de dire qu'un individu est criminel, il faut rechercher si cet individu a agi, non pas par le fait d'une volonté perverse, mais sous l'influence des dispositions physiques ou morales qui lui ont été léguées par ses ancêtres ou qui lui ont été communiquées par la société dans laquelle il vit. Partant de là, le principe de la responsabilité se trouve essentiellement modifié; la société a le droit non pas de punir, mais de se protéger; elle ne doit pas sévir sur les criminels, mais chercher à les moraliser. Si elle les emprisonne. c'est pour arriver à ce dernier résultat. Tout cela revient à dire que le crime est une déviation morale ou morbide de l'individu, et qu'il n'est commis que sous l'influence de la fatalité.

XII. — *Folie traumatique. — Effets divers des blessures de tête;* par M. le Dr S. V. Clevenger, de Chicago (n° de juillet). — Les traumatismes de la tête peuvent produire la folie. Lorsque l'individu est prédisposé à l'aliénation mentale, ils n'interviennent que comme cause adjuvante; mais il y a des cas où certainement ils sont cause efficiente et primitive. D'après diverses statistiques, le Dr Clevenger établit que la moyenne des cas de folie traumatique est de 5 pour 100 environ. La maladie mentale peut se développer immédiatement à la suite de ce traumatisme ou longtemps après lui; ce dernier cas est le plus ordinaire. La folie traumatique peut affecter la forme de n'importe quelle variété d'aliénation mentale, soit avec exaltation, soit avec dépression. Un certain nombre d'individus présentent d'abord des changements de caractère, des troubles de la mémoire; ils ont des migraines et de l'insomnie; ils deviennent défiants et soupçonneux. Quelques-uns sont portés au suicide ou à l'homicide. D'autres versent dans la démence, soit simple, soit paralytique. Le pronostic de la folie traumatique est grave. Le traitement consiste à éviter toutes les causes de congestion cérébrale.

XIII. — *Un cas de paralysie générale à marche rapide;* par M. le Dr C. H. Hughes, de Saint-Louis (n° d'octobre). — Pour diagnostiquer ici la paralysie générale, le Dr Hughes s'est basé sur les signes suivants : agitation maniaque, embarras de

©BIUM

la parole, délire ambitieux. La maladie a débuté d'une manière subite, elle n'a duré qu'une vingtaine de jours et s'est terminée par la mort. Le dix-septième jour, le malade eut une sorte de rémission qui dura environ dix heures ; il en profita pour voir un prêtre et son notaire, avec lesquels il s'entretint d'une manière très lucide ; ce dernier n'hésita pas à recevoir son testament. S'agissait-il bien là de paralysie générale? N'était-ce pas plutôt du délire fébrile? car la malade eut de la fièvre, et dans ses derniers jours, de la congestion pulmonaire.

Dr Victor Parant.

JOURNAUX RUSSES (1889)

Messager de psychiatrie et de névropathologie.

I. — *Sur la localisation de la lésion de la chorée;* par le Dr Jakovenko. — L'auteur de ce travail, fait au laboratoire de Flechsig, a cherché à élucider la question si obscure de l'anatomie pathologique de la chorée.

Il a eu l'occasion d'étudier les cerveaux de cinq choréiques, et dans tous il a constaté la même lésion qui, pour lui, serait la cause des mouvements choréiques.

Dans le deuxième segment du corps strié, à sa partie antérieure, on constate à l'aide d'un très faible grossissement la présence de petits corpuscules qui résulterait d'une dégénérescence hyaline des tubes nerveux.

Sur le cerveau d'une femme, chez laquelle les mouvements choréiques ont cessé deux ans avant la mort, il a trouvé, dans le même segment, des corpuscules graisseux en grande quantité.

L'auteur donne une description détaillée des procédés techniques et rappelle que les conditions de la circulation du deuxième segment du noyau lenticulaire l'expose particulièrement à toute sorte de troubles nutritifs.

De son travail, l'auteur tire la conclusion que la chorée récente est caractérisée *post mortem* par un dépôt de corpuscules hyalins sur tout le long des vaisseaux, et la chorée ancienne par un dépôt des corpuscules graisseux dans la partie antérieure du deuxième segment du corps strié. Ces faits pour-

©BIUM

ront servir également à corroborer l'opinion qui attribue au corps strié des fonctions motrices.

II. — *Sur la méthode de Golgi appliquée à l'étude de l'anatomie pathologique de la paralysie générale;* par le Dr Bautakoff. — Rappelons d'abord brièvement la méthode de Golgi : on injecte le plus tôt possible, après la mort, par les carotides, une solution de bichromate de potasse avec de la gélatine, 100 gr. d'une solution à 2 1/2 p. 100 pour 5 gr. de gélatine. Le cerveau retiré, on découpe des petits cubes de 1 à 1/2 cent. et on les plonge dans une solution à 2 1/2 p. 100 de bichromate. On change la solution tous les deux ou trois jours en la concentrant jusqu'à 5 p. 100. Arrivé à ce degré, on change encore tous les jours la solution pendant quinze, vingt jours en été et jusqu'à cinquante jours en hiver, et le cerveau peut être soumis à l'examen microscopique. — On plonge les morceaux durcis dans une solution de nitrate d'argent, de préférence, à 0,75 p. 100 ; on la lave plusieurs fois dans la même solution, et on fait des coupes.

Après avoir donné quelques indications pratiques d'une grande valeur dans l'espèce, l'auteur passe en revue les principaux travaux faits par cette méthode. Il faut citer d'abord le travail de Kronthal, qui a constaté une prolification abondante des cellules araignées de la névroglie et une dilatation des capillaires.

Il passe ensuite à l'analyse d'un travail de Rossbach et Scherwold. (*Centralblatt*, 1888, nos 25 et 26.)

Ces auteurs ont cherché à démontrer que la méthode de Golgi ne donne qu'une coloration des vaisseaux sympathiques périvasculaires, péricellulaires nerveux et conjonctifs.

L'auteur réfute d'abord cette opinion et passe à l'exposé des résultats qu'il a obtenus. Il constate tout d'abord que, par la méthode de Golgi, on arrive sur un cerveau normal à distinguer très bien les différentes couches des cellules corticales et suivre les prolongements se dirigeant vers la surface, et ceux de Deiters jusqu'à la substance blanche. Rappelant ensuite, dans un aperçu historique, les théories qui ont successivement régné sur l'origine et la nature de la névroglie, il se range à l'opinion de Golgi, qui assimile la névroglie au tissu conjonctif des autres organes, et lui attribue une origine mésodermique. Le principal élément de la névroglie serait, d'après l'auteur, la cellule étoilée avec des prolongements de formes et dimensions variables. Ces cellules sont le plus souvent en relations

©BIUM

de contact avec les vaisseaux ; quelquefois un prolongement paraît traverser la paroi du capillaire.

L'auteur, passant à l'étude des lésions de la paralysie générale, rappelle les travaux de Bayle, Calmeil, Parchappe, et la description, la première en date de l'inflammation interstitielle, faite par M. Magnan en 1866, et qui a été étudiée depuis avec beaucoup de détails. Il constate ensuite que les cellules étoilées de Golgi sont en nombre et de dimensions égales sur un cerveau normal ; il étudie leur transformation pathologique qui constitue la base de la lésion anatomique de la névroglie. Elles augmentent de volume, émettent des prolongements multiples, entourent les vaisseaux ; ce sont d'elles que dérivent aussi les cellules araignées, caractéristiques pour certains auteurs de la paralysie générale.

En étudiant avec soin la transformation de ces cellules, les voyant tantôt à côté d'un vaisseau, tantôt accolées, tantôt à moitié seulement sorties du capillaire, etc., l'auteur arrive à la conclusion que ces cellules, comme les cellules étoilées, ont toutes pour origine les globules blancs du sang. Il s'appuie, d'une part, sur l'autorité de Ranvier et Rouget, qui ont montré que les fibres du tissu conjonctif tirent leur origine du protoplasma des cellules, et, d'autre part, sur celle de Virchow, Ziégler, Tillmann, etc., qui ont démontré *ad oculos* que les fibres du tissu cicatriciel ne sont qu'une différenciation des globules blancs. Il fait voir ensuite que ces grandes cellules araignées ont une double destination : les unes forment le tissu conjonctif proliféré, des autres se développent les néo-capillaires. Ce tissu conjonctif s'organise et, par sa rétraction, étouffe les éléments nerveux, processus analogue à celui des cirrhoses.

On trouve dans ce travail une bibliographie et un historique assez complet sur tout ce qui concerne l'anatomie pathologique de la paralysie générale, qui rend ce travail très utile à consulter.

III. — *Chorée chronique héréditaire;* par le Dr Korniloff. — L'auteur rapporte une observation de *chorée héréditaire* ou *chorée de Kuttington*, donne une description des symptômes et fait observer qu'une sœur de la malade fut atteinte de la même maladie à l'âge de cinquante ans, et qu'elle l'a conservée pendant dix ans, jusqu'au moment de sa mort.

Deux frères de la malade étaient atteints d'aliénation mentale.

A propos de cette observation, l'auteur se demande si la

©BIUM

chorée héréditaire peut mériter d'être présentée comme une entité morbide. Il est plutôt enclin à la considérer comme une variété de la chorée vulgaire ; cependant l'influence de l'âge et de l'hérédité permettent d'en faire un groupe à part. Il faut y ajouter aussi la marche chronique et progressive. Aussi, Hoffman a proposé le nom de *chorea chronica progressiva*. Qui dit progressive dit chronique, fait observer l'auteur, et il propose le nom de *chorea chronica hereditaria*.

On trouve dans ce travail une revue assez complète des travaux qui ont trait à cette maladie.

S. Lwoff.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

Leçons sur les fonctions motrices du cerveau (réactions volontaires et organiques), et sur l'épilepsie cérébrale; par le Dr François-Franck, professeur remplaçant au Collège de France. 1 vol. in-8° avec une préface du professeur Charcot. Paris, 1887; O. Doin, éditeur.

Les travaux de Fritsch et Hitzig, en Allemagne, de D. Ferrier, en Angleterre, ont réveillé la question des localisations cérébrales qui semblait assoupie depuis les mémorables discussions sur l'aphasie. Une nuée de travailleurs s'est jetée avec empressement sur ce nouveau filon et l'a creusé avec ardeur: les uns à l'aide de l'expérimentation, d'autres en appliquant à leurs recherches l'observation pathologique. C'est à l'emploi presque exclusif de cette dernière méthode que nous devons les remarquables leçons de M. le professeur Charcot, professées à la Faculté de Médecine (1), qui ont donné à cette théorie des localisations cérébrales, encore si vivement combattues, une sanction en quelque sorte officielle.

La méthode expérimentale, plus difficilement applicable en un sujet aussi délicat, ne demeurait pas cependant stérile, et nous n'en voulons pour preuve que le cours si plein de faits, d'expériences et d'idées que M. le Dr François-Franck a naguère fait au Collège de France; ce volume, qui en contient la substance, est aujourd'hui entre les mains de tous ceux qui s'intéressent aux questions de physiologie du système nerveux ou de neuropathologie.

Ce cours est composé de trente-cinq leçons, dans l'analyse détaillée desquelles il nous est impossible d'entrer; on n'analyse pas des expériences minutieuses où le moindre fait a son importance. Mais ce qui intéresse surtout le lecteur, c'est l'in-

(1) *Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau et de la moelle épinière*, faites à la Faculté de médecine de Paris, par J.-M. Charcot. Recueillies et publiées par Bourneville et Brissaud. Paris, 1876-1880.

©BIUM

terprétation des expériences, et, à ce point de vue, on peut dire après M. Charcot, qui s'est chargé de présenter ce volume au public, « que si les *Leçons sur les fonctions motrices du cerveau* sont remarquables, surtout par le nombre et la qualité des données expérimentales qui s'y trouvent consignées, les questions de théorie n'y sont pas, cependant, tant s'en faut, négligées. »

Les médecins cliniciens liront surtout avec plaisir et avec fruit les leçons consacrées à l'étude expérimentale de l'épilepsie corticale ou jacksonnienne. Elles sont au nombre de cinq. Le professeur a appliqué à ses recherches la méthode graphique, et, comme le dit si justement M. Charcot, « il est remarquable de voir jusqu'à quel point, dans ces expériences, les phénomènes convulsifs, obtenus chez les animaux par l'excitation de certaines régions de l'écorce, reproduisent, en quelque sorte, servilement, jusque dans les moindres détails, ceux qui s'observent chez l'homme, comme conséquence des lésions irritatives localisées dans les régions analogues ; les deux ordres de faits, les uns cliniques, les autres expérimentalement provoqués, se superposent en quelque sorte ; on pourrait dire qu'ils se confondent. »

Les leçons suivantes ont un intérêt plus général ; elles traitent de la question si complexe des modifications que subissent les appareils organiques sous l'influence des excitations cérébrales. C'est l'expérimentation, appliquée à l'étude de l'influence du moral sur le physique. M. François-Franck expose successivement ses recherches sur l'effet des excitations corticales sur la respiration, la circulation, sur les réactions pupillaires, sur les sécrétions, etc., et il n'est pas une page où, soit le physiologiste, soit le clinicien, soit même le psychologue, ne trouvent quelque chose à glaner. Il en est de même encore, surtout des trois dernières leçons ; et, de fait, les sujets qui y sont abordés sont de la plus extrême importance. Il s'agit, d'une part, de l'étude du mode d'action des régions excitables de l'écorce et du mécanisme de la réparation des paralysies, et, d'autre part, de la discussion des objections faites aux localisations motrices dans le cerveau. Dans ces leçons, d'une lecture aussi attachante qu'instructive, M. François-Franck s'est montré critique aussi avisé qu'il est habile expérimentateur. Il a, d'ailleurs, pu peser avec calme ces diverses objections, « l'apaisement commençant à se faire à propos de cette question des fonctions motrices du cerveau, naguère encore si mou-

©BIUM

vementée par le choc des opinions adverses et la lutte passionnée des contradictions. »

Nous n'avons plus à souhaiter à l'œuvre de notre savant confrère le succès qu'elle mérite à tous égards ; les juges les plus compétents lui ont depuis longtemps accordé les suffrages les plus flatteurs. Ce que nous tenons à faire ressortir, c'est que sa lecture ne saurait être indifférente au médecin aliéniste, à qui rien de ce qui concerne l'étude du système nerveux ne doit rester inconnu.

Ant. Ritti.

La peur. Étude psycho-physiologique; par A. Mosso, professeur à l'Université de Turin. Traduit de l'italien par M. Félix Hément. 1 vol. in-18 de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, 1886. F. Alcan, éditeur.

En traitant de la peur au point de vue physiologique, M. le professeur A. Mosso s'est attaché à faire œuvre de vulgarisation. Aussi, laissant de côté les questions abstraites que soulève un tel sujet, ainsi que le côté technique, il s'est astreint à n'en faire connaître que les points essentiels, et, pour mieux être compris du plus grand nombre, il a adopté le ton libre, dégagé, animé, d'une causerie tour à tour familière et élevée, enjouée et sérieuse. Cette forme, un peu exubérante, n'enlève rien à la solidité du fond, et le lecteur le plus expert en matières physiologiques trouvera du charme à la lecture de l'œuvre du savant italien, dont nous ferons connaître la substance en la résumant en quelques lignes.

L'auteur examine d'abord l'influence des émotions sur le cerveau, sur le système nerveux et sur la circulation sanguine ; il est ainsi amené à parler de la production de la pâleur et de la rougeur, des battements du cœur, de la respiration haletante, du tremblement, etc., tous phénomènes bien connus, mais encore inexpliqués pour les gens du monde, et qui accompagnent la peur. Mais ils ne sont pas les seuls, il faut y joindre, avec M. Mosso, les expressions de la face, la sueur froide, la contraction de la vessie et des intestins, enfin la chair de poule.

Après cette étude des phénomènes concomitants de la peur, qui occupe près de dix chapitres, les trois quarts du livre, les dernières pages passent successivement en revue la peur chez les enfants, les songes, les maladies produites par la frayeur et

©BIUM

la terreur, et enfin la transmission héréditaire et l'éducation au point de vue du développement et de la guérison de cet état pathologique. Car, d'après le professeur Mosso, et c'est sa conclusion, « la peur est une maladie qu'il faut guérir, et si l'homme intrépide peut quelquefois se tromper, celui qui a peur se trompe toujours. »

Nous avons déjà parlé du style de cette œuvre d'une si agréable lecture, qu'on goûte si vivement dans l'élégante traduction de M. Félix Hément ; mais, comme le dit si bien celui-ci, on y trouve d'autres qualités. « Dans tout le cours du volume, on sent les pensées généreuses qui l'ont inspiré. C'est une sympathie affectueuse pour les hommes, un vif enthousiasme pour la science et un amour profond de la vérité. »

Ant. Ritti.

Nature et traitement de la chorée ; par le Dr Théophile Saric, ancien externe des hôpitaux de Paris. Brochure in-8°. Paris, 1885. Aux bureaux du *Progrès médical* et chez A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

La chorée est-elle de nature rhumatismale ? Germain Sée, H. Roger et autres disent oui ; Grisolle, Jaccoud, Graves, etc., affirment le contraire. L'auteur de ce travail, s'inspirant des travaux de M. Joffroy, se range à cette dernière opinion, et il résume sa thèse, très bien faite d'ailleurs, dans les conclusions suivantes :

« 1° Les arguments qu'on a invoqués pour faire de la chorée une affection rhumatismale sont insuffisants.

« A. Les prétendus accidents rhumatismaux observés chez les choréiques manquent dans la majorité des cas.

« B. Quand ils existent, leurs caractères diffèrent le plus souvent des manifestations vraiment rhumatismales.

« C. Des déterminations semblables se voient dans diverses maladies complètement indépendantes du rhumatisme ;

« 2° Par ses symptômes principaux et par ses conditions étiologiques, la chorée s'affirme une affection spéciale qu'on peut regarder comme *une névrose de croissance ;*

« 3° La chorée paraît justiciable du traitement au chloral. A *doses* hautes et continues, ce médicament agit non seulement sur les mouvements choréiques, mais sur la durée de la maladie elle-même.

« Dans les chorées violentes, le traitement par le chloral et

©BIUM

le drap mouillé suivi d'enveloppement, est habituellement efficace et suffisant. » A. R.

Hypnotisme expérimental. Les émotions dans l'état d'hypnotisme et l'action à distance des substances médicamenteuses ou toxiques; par M. le Dr J. Luys, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. in-16 avec vingt-huit photogravures de la *Bibliothèque scientifique contemporaine.* Paris, 1890. J.-B. Baillière, éditeur.

Ce volume est la troisième édition, sous un autre format, du livre dont M. le Dr Cullerre a rendu compte dans le numéro de juillet 1889 des *Annales* (p. 153). Nous n'avons rien à ajouter à ce qu'en a dit notre savant collaborateur; nous nous contenterons de faire connaître les quelques additions qu'y a faites son auteur. M. Luys fait part d' « expériences inédites et tout à fait originales, relatives d'une part à l'action des verres colorés sur la sollicitation des régions émotives, et, d'autre part, à l'action sympathique exercée sur deux sujets hypnotisés, dont les émotions variées, provoquées par l'expérimentation, se mettent à distance, à l'unisson les unes des autres. » Enfin, dans deux chapitres nouveaux, il traite « de l'action propre des miroirs rotatifs au point de vue de l'hypnose et du dédoublement de la faculté émotive pouvant être isolément sollicitée à droite et à gauche, en donnant ainsi naissance à des manifestations dissemblables ».

Les personnes, — et elles sont nombreuses aujourd'hui, — qui s'intéressent aux questions relatives à l'hypnotisme, ne manqueront pas de lire cette œuvre du savant médecin de la Charité; c'est un document qu'il importe de consulter, concurremment avec d'autres, si l'on veut se rendre un compte exact des tendances actuelles de la science en matière de magnétisme animal. A. R.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Sixth report of the state committee on Lunacy on the Commonwealth of Pensylvania (Sixième rapport du comité des aliénés de l'Etat de Pensylvanie). Septembre 1888. 1 vol. in-8° de 226 pages. Harrisburg, 1889.

— Le Dépôt de mendicité, l'hospice départemental et l'asile des aliénés de la Charité-sur-Loire. Notes historiques, admi-

©BIUM

nistratives, statistiques et médicales pour servir à l'étude des conditions de l'assistance des aliénés et du fonctionnement de la loi de 1838 dans la Nièvre ; par le Dr Samuel Garnier, directeur-médecin de l'asile. 1 vol. in-8° de 120 pages. Paris, 1889. G. Masson, édit.

— Syphilis et paralysie générale ; par les Drs E. Morel-Lavallée et L. Bélières. 1 vol. in-8° de 220 pages, précédé d'une préface de M. le professeur Fournier. Paris, 1889. O. Doin, éditeur.

— Verslag omtrent het geneeskundig gesticht voor krankzinnigen te Utrecht over het jaar 1888, aangeboden an H. H. Huismeister en Regenten (Rapport médical sur l'asile d'aliénés d'Utrecht pour l'année 1889) ; par le Dr A.-Th. Moll, médecin-directeur. Broch. in-8° de 102 pages. Utrecht, 1889.

— Verslag betreffende het gesticht Meerenberg over het jaar 1888, ingesonden an de Commissie van Tœzicht over gewœmd gesticht (Rapport sur l'asile de Meerenberg pour l'année 1888) ; par le Dr Van Persijn, médecin-directeur. Broch. in-8° de 109 pages. Haarlem, 1889.

— Eine experimentelle Studie auf dem Gebiete des hypnotismus (Une étude expérimentale dans le domaine de l'hypnotisme) ; par le Dr R. Van Krafft-Ebing. 2e édit. Broch. in-8° de 92 pages. Stuttgart, 1889.

— Cours de philosophie première ; par Pierre Laffitte, directeur du positivisme. Tome Ier : Théorie générale de l'entendement. 1 vol. in-8° de 406 pages. Paris, 1889. Emile Bouillon, éditeur.

— Rapport sur le service médical de la Maison nationale de Charenton pendant la période décennale 1879-1888 ; par les Drs J. Christian et Ant. Ritti, médecins de l'établissement. Broch. in-8° de 82 pages. Paris, 1889. G. Masson, éditeur.

— Contribution à l'étude de l'état mental chez les apoplectiques ; par le Dr Amédée Ferrière. Thèse de Paris, 1889. Broch. in-8° de 73 pages.

— De l'épilepsie procursive ; par le Dr Paul-Albert Delbreil. Thèse de Lille, 1889. Broch. in-8° de 96 pages.

— De la nature des troubles moteurs dans la paralysie générale ; par le Dr Michel Lecordonnier. Thèse de Lille, 1889. Broch. in-8° de 67 pages.

— Traité pratique des maladies mentales ; par le Dr A. Cullerre, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de La Roche-sur-Yon. 1 vol. in-12 de 618 pages avec tracés graphiques, de la *Bibliothèque du médecin praticien*. Paris, 1890. J.-B. Baillière, éditeur.

— De la contagion du crime et sa prophylaxie ; par le

©BIUM

Dr Moreau, de Tours. Broch. in-8° de 11 pages. Paris, 1889. Bureau de la Société française d'hygiène.

— Contribution à l'étude du secret professionnel particulièrement en médecine mentale; par le Dr Egide Favreau, ancien médecin assistant de La Métairie (Suisse). Broch. in-8° de 64 pages. Paris, 1888. Aux bureaux du *Progrès médical*.

— Catalogue général des œuvres de M. le professeur Ball et des travaux de ses élèves. Clinique des maladies mentales. Asile Sainte-Anne, 1879-1889. Broch. in-4° de 37 pages. Paris, s. d. Typ. A. Parent.

— Folie simulée et aliénés dits criminels; par le Dr A. Langlois, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Maréville. 1 vol. in-8° de 152 pages. Nancy, 1889.

— Des hallucinations de l'ouïe; par le Dr G. Descourtis. Mémoire couronné par l'Académie de médecine (Prix Civrieux, 1888). 1 vol. in-4° de 110 pages. Paris, 1889. G. Masson, éditeur.

— Compte général de l'administration de la justice criminelle en France et en Algérie pendant l'année 1887, présenté au Président de la République par le Garde des sceaux, ministre de la justice et des cultes. 1 vol. in-4° de 176 pages avec planches. Paris, 1889. Imprimerie nationale.

— L'automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine; par Pierre Janet, professeur agrégé de philosophie au lycée du Havre. 1 vol. in-8° (496 pages) de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, 1889. Félix Alcan, éditeur.

— Les sensations internes; par H. Beaunis, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Nancy. 1 vol. in-8°, cartonné à l'anglaise (256 pages) de la *Bibliothèque scientifique internationale*. Paris, 1889. Félix Alcan, éditeur.

— Du traitement des aliénés dans les familles; par Ch. Féré, médecin de Bicêtre. 1 vol. in-18 de 168 pages. Paris, 1889. Félix Alcan, éditeur.

— Isteria e morbo ipnotico. Nota clinica (L'hystérie et la maladie hypnotique. Note clinique); par le Dr A. Norlenghi. Broch. in-8° de 20 pages. Milan, 1889. Imprimerie Fratelli Rechiesei.

— Thirty-first annual report of the general Board of Commissionners in Lunacy for Scotland (Trente et unième rapport annuel du Conseil général des *Commissionners in Lunacy* de l'Ecosse). 1 vol. in-8° de 140 pages. Edimbourg, 1889.

— A case of tumor of the brain : removal; death (Un cas de tumeur du cerveau : ablation; mort); par les Drs Ph. Coombs Knapp et E.-H. Bradford. Broch. in-8° de 43 pages.

©BIUM

Extrait du *The medical and surgical Reports of the Boston City Hospital*. Vol. IV, 1889.

— Maison cantonale des aliénés de Genève. Extrait du compte rendu administratif et financier publié par le Conseil d'État. Années 1887 et 1888. 2 broch. in-8° de 16 pages. Genève, 1888 et 1889.

— Asile d'aliénés de Maréville. Rapport du directeur. Année 1888. Broch. in-8° de 32 pages. Nancy, 1889.

— Asile d'aliénés d'Évreux. Compte rendu médical et administratif pour l'année 1888 ; par le Dr D. Brunet. Broch. in-8° de 44 pages. Évreux, 1889.

— Asile d'aliénés de Quatre-Mares. Rapport médical pour l'année 1888 ; par les Drs Delaporte et Dubuisson. Broch. in-4° de 16 pages. Rouen, 1889.

— Asile d'aliénés de Saint-Yon. Rapport médical pour l'année 1888 ; par les Drs A. Giraud et Nicoulau. Broch. in-4° de 29 pages. Rouen, 1889.

— O que é o hypnotismo suas applicaçôes vantagens e perigos. Dissertaçâo inaugural (De l'hypnotisme, ses applications et ses périls. Dissertation inaugurale) ; par le Dr Francisco Alvarès. 1 vol. in-8°. Porto, 1889.

— Leçons cliniques sur les principaux phénomènes de l'hypnotisme dans leurs rapports avec la pathologie mentale ; par le Dr J. Luys, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. in-8° de 288 pages avec planches photographiques. Paris, 1890. Georges Carré, éditeur.

— Histoire de la philosophie pendant la Révolution (1789-1804) ; par M. Ferraz, correspondant de l'Institut. 1 vol. in-12 de 388 pages. Paris, 1889. Perrin et Cie, éditeurs.

— Études cliniques sur les maladies mentales et nerveuses ; par le Dr Jules Falret, médecin de la Salpêtrière. 1 vol. in-8° de 623 pages. Paris, 1890. J.-B. Baillière, éditeur.

— La législation des aliénés au Congrès de médecine mentale. Discours prononcé à l'audience solennelle de la rentrée de la Cour d'appel de Besançon, par M. Cottignies, avocat-général. Broch. in-8° de 32 pages. Besançon, 1889. Imp. Millot frères et Cie.

— Espiritismo e locura. Sus relaciones reciprocas (Spiritisme et folie. Leurs relations réciproques) ; par le Dr W. Rodriguez de la Torre. Avec une introduction du Dr Ramos Mejia, professeur des maladies nerveuses de la Faculté de Buenos-Ayres. 1 vol. in-12 de 511 pages. Buenos-Ayres, 1889. Félix Lajouane, éditeur.

— Maladies du cœur et des vaisseaux. Artério-sclérose, aortites, cardiopathies artérielles, angines de poitrine, etc. Leçons de thérapeuthique et de clinique médicales ; par le

©BIUM

Dr Henri Huchard, médecin de l'hôpital Bichat. 1 vol. in-8° de 917 pages avec figures dans le texte et 4 planches chromolithographiées hors texte. Paris. 1889. O. Doin, éditeur.

— Les aliénés en 1789 et en 1889. Première leçon du cours libre de médecine mentale fait à la Faculté de médecine de Bordeaux (année 1888-1889); par le Dr E. Régis, ancien chef de clinique à la Faculté de Paris. Broch. in-8° de 20 pages avec planches. Bordeaux, 1889. Féret et fils, éditeurs.

— La maladie de Friedreich ; par le Dr P. Ladame. Broch. in-8° de 76 pages. Extrait de la *Revue médicale de la Suisse romande*. Genève, 1889.

— Statistique historique du Grand-Duché de Luxembourg. Hospice central d'Ettelbrück. Assistance des infirmes indigents ; régime hospitalier et légal des aliénés (1815-1889) ; par le Dr A. Buffet, médecin-directeur de l'hospice central. 1 vol. in-4° de 142 pages avec planches. Luxembourg, 1889. Léon Bück, imprimeur.

— International medico-legal Congress. New-York, june 4, 5, 6, and 7, 1889, at New-York. Transactions and banquet with officers, committees, members and delegates (Congrès international de médecine légale tenu à New-York les 4, 5, 6 et 7 juin 1889. Travaux et banquet avec la liste des membres et délégués, etc.). Broch. in-8° de 112 pages. New-York, novembre 1889.

— De la chorée chronique ; par le Dr E. Huet. 1 vol. in-8° de 261 pages avec figures. Publications du *Progrès médical*.

— Through the Ivory Gate : Studies in psychology an hystory (A travers la porte d'ivoire. Études psychologiques et historiques) ; par le Dr William W. Ireland. 1 vol. in-8°, cartonné à l'anglaise, de 311 pages avec figures. Édimbourg, 1889. Bell et Bradfute, éditeurs.

— Papers read before the Medico-legal Society of New-York, from its organization. First Series. (Mémoires de la Société médico-légale de New-York depuis sa fondation. Première série). 1 vol. in-8°, cartonné, de 552 pages avec planches. New-York, s. d. Publication du *The medico legal Journal*.

— De la localizacion en las enfermedades del sistema nervioso. Sistemas medulares. Plan de distribucion cerebral del autor — 1881 — defendido y comprobada por les estudios mas recientes (De la localisation des maladies du système nerveux. Système médullaire. Plan de distribution cérébrale de l'auteur, démontré et prouvé par des études plus récentes) ; par le Dr de P. Xercavius. Broch. in-8° de 80 pages avec planches. Barcelone, 1889. Balmas Planas, imprimeur.

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

— *Arrêté du* 16 *avril* 1890 : M. le Dr Journiac, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Blois, et maintenu dans la 2e classe de son grade (2,500 fr.).

— *Arrêté du* 26 *avril* 1890 : Sont promus pour prendre rang à partir du 1er mai 1890 : M. le Dr Samuel Garnier, directeur-médecin de l'asile de Dijon, à la 2e classe de son grade (6,000 fr.) ; M. le Dr Dubuisson, médecin-adjoint de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure), à la classe exceptionnelle de son grade (4,000 fr.) ; MM. les Drs Nicoulau, médecin-adjoint de l'asile Saint-Yvon (Seine-Inférieure), et Malfilatre, médecin-adjoint de l'asile de Bailleul (Nord), à la 1re classe de leur grade (3,000 fr.).

SÉANCE SOLENNELLE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

La Société médico-psychologique a tenu sa séance solennelle, le 28 avril 1890, sous la présidence de M. Ball.

Voici les prix et récompenses qui ont été décernés :

Le *prix Moreau* (de Tours), de la valeur de 200 fr., à M. le Dr Paul Blocq, ancien interne des hôpitaux, pour sa thèse : *Des contractures. Contractures en général, la contracture spasmodique, les pseudo-contractures.* Des mentions très honorables sont accordées à MM. Huet, ancien interne des hôpitaux (*De la chorée chronique*), et A. Journiac, ancien interne des asiles de la Seine (*Recherches cliniques sur le délire hypochondriaque. Valeur séméiologique*).

Le *prix Esquirol* (200 fr., plus les œuvres d'Esquirol), est décerné à M. Aug. Marie, interne de l'asile de Villejuif (service de M. Vallon), pour son mémoire manuscrit : *Des ictus congestifs dans le cours de la paralysie générale.* Une mention honorable est accordée à M. E. Blin, interne de l'asile de Villejuif (service de M. Marcel Briand), pour son mémoire intitulé : *De l'idée de persécution dans la mélancolie et le délire de persécution.*

Le *prix Belhomme*, de la valeur de 1,000 fr., n'a pas été décerné. La question proposée était : *De l'état mental et du délire chez les idiots et les imbéciles.* Le mémoire unique envoyé a

©BIUM

obtenu une récompense de 600 fr. ; il a pour auteur M. Paul Sérieux, médecin-adjoint de l'asile de Vaucluse.

Le *prix Aubanel*, de la valeur de 2,400 fr., n'a pas été décerné. Voici la question proposée : *Des difficultés du diagnostic différentiel de la paralysie générale avec les diverses formes de folie.* Un seul mémoire a été envoyé ; une récompense de 600 fr. lui a été accordée. Il a pour auteurs : MM. Th. Taty, ancien chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de Lyon, et F. Belous, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de Lyon.

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine, dans sa séance du 4 mars 1890, a reçu communication de la liste des mémoires et ouvrages envoyés pour les concours des prix à décerner à la fin de cette année ; dans la même séance, elle a nommé les commissions de ces prix. Nous donnons ci-après les renseignements concernant la médecine mentale et nerveuse :

Prix Barbier. — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'*épilepsie*, les scrofules, etc.

N° 2. Du traitement et de la curabilité de la méningite, par le Dr Blanquinque, de Laon.

Commission : MM. Empis, Leblanc, Le Roy de Méricourt.

Prix Henri Buignet. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales.

N° 6. La nutrition dans l'hystérie, par Gilles de la Tourette et Cathelineau, de Paris.

Commission : MM. Gautier, Gariel, d'Arsonval.

Prix Civrieux. — Question : *Des névrites.*

N° 1. Devise : « Il arrive beaucoup de choses entre la bouche et le verre. »

Commission : MM. Villemin, Jaccoud, Peter.

Prix Falret. — Question : *Des folies diathésiques.*

N° 1. Epigraphe : « *Naturam morborum curationes ostendunt.* »

N° 2. Epigraphe : « La diathèse nous reste et nous y tenons. »

Commission : MM. Charcot, Ball, Blanche.

Prix Ernest Godard. — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

N° 2. Alcoolisme chez les jeunes femmes riches et bien

©BIUM

élevées de nos campagnes de Bretagne, par le Dr Eonnet, d'Auray.

N° 8. Hérédité et alcoolisme, par le Dr Legrain, de Paris.

N° 9. D'une néphrite liée à l'aphasie artérielle, par le Dr Julien Besançon, de Paris.

Commission : MM. Ranvier, Ollivier, Lancereaux.

PRIX LEFÈVRE. — Question : *De la mélancolie.*

N° 1. Devise : « Mais ce champ ne se peut tellement moissonner, que les derniers venus n'y trouvent à glaner. » (La Fontaine.)

N° 2. Devise : « La mélancolie n'est pas la folie. »

N° 3. Devise : « Etude sur la mélancolie. »

N° 4. Devise : « Le génie n'est pas une folie. »

Commission : MM. Luys, Potain, Mesnet.

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 1888-1889, nous relevons les suivants :

PRIX CHATEAUVILLARD. — Une récompense de 250 francs a été accordée à M. le Dr Legrain pour son ouvrage intitulé : *Hérédité et alcoolisme.*

THÈSES RÉCOMPENSÉES. — Parmi ces thèses, nous en trouvons un certain nombre sur la médecine mentale et nerveuse ; ce sont :

Médailles d'argent. — Mme Déjerine-Klumpke : Contribution à l'étude des polynévrites en général et des paralysies et atrophies saturnines en particulier ; — Martha : Etude clinique sur la paralysie agitante.

Médailles de bronze. — Guinon : Les agents provocateurs de l'hystérie ; — Huet : De la chorée chronique.

Mentions honorables. — Mlle Edwards : De l'hémiplégie dans quelques affections nerveuses ; — Gibotteau : Essai sur le développement des fonctions cérébrales et sur les paralysies d'origine cérébrale chez l'enfant ; — Sérieux : Recherches cliniques sur les anomalies de l'instinct sexuel ; — Soca : Etude clinique sur la maladie de Friedreich.

CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL DE BERLIN.

Invitation à participer aux travaux de la Section de Névrologie et Psychiatrie. — Conformément à la décision prise à Washington par le neuvième Congrès, c'est à Berlin qu'aura lieu, du 4 au 9 août de cette année, le dixième Congrès médical international. Les soussignés ont été désignés par les délégués des Facultés de médecine et des principales Sociétés mé-

©BIUM

dicales de l'Empire allemand, comme membres d'un comité d'organisation pour la section. C'est en cette qualité que nous avons l'honneur de vous inviter à bien vouloir prendre part aux travaux de notre section. Ce sera pour nous un plaisir et un honneur tout particuliers de pouvoir saluer chez nous en aussi grand nombre que possible nos honorés confrères. Nous vous communiquons ci-contre le programme provisoirement fixé des travaux de la section, et nous vous prions de nous informer le plus tôt possible des propositions, communications ou démonstrations que vous désirez faire.

Comptant sur un travail fructueux et profitable à notre science, nous vous adressons un salut confraternel et vous prions de recevoir l'assurance de notre parfaite considération.

Le *Comité d'Organisation de la Section de Névrologie et Psychiatrie* se compose ainsi qu'il suit : Binswanger-Jena ; Emminghaus-Freiburg ; Erb-Heidelberg, Flechsig-Leipzig ; Fürstner-Heidelberg ; Grashey-München ; Hitzig-Halle ; Jolly-Strasbourg ; Laehr-Berlin-Zehlendorf (1).

Programme provisoire de la section de Névrologie et Psychiatrie. — 1. La Chirurgie du système nerveux central. Rapporteur : M. le Docteur Vict. Horsley, professeur de Londres.

2. Les Neuroses traumatiques. Rapporteur : M. le Docteur Schultze, professeur de Bonn.

3. L'anatomie pathologique de la Dementia paralytica. Rapporteur : M. le docteur Mendel, professeur de Berlin.

CIRCULAIRE MINISTÉRIELLE SUR LE PLACEMENT DES FONDS APPARTENANT AUX ALIÉNÉS SÉQUESTRÉS.

Réduction à 2 p. 100 du taux d'intérêt servi par la Caisse des dépôts et consignations.

Paris, le 12 février 1890.

Monsieur le préfet, en vous recommandant, par ma circulaire du 4 juin 1889, de veiller à ce que les fonds appartenant aux aliénés séquestrés ne fussent plus confondus avec les excédents disponibles que les asiles publics et les quartiers spéciaux annexés aux hospices placent en compte courant au Trésor, je vous avais fait connaître que le dépôt pouvait en être effectué soit à la Caisse des dépôts et consignations, soit à la Caisse d'épargne postale, ajoutant, d'après les indications qui m'avaient

(1) On est prié de s'adresser au docteur H. Laehr-Berlin-Zehlendorf pour tout ce qui concerne spécialement la section ; et au bureau du docteur Lassar, secrétaire général, Berlin, NW., Karlstrasse 19, pour ce qui concerne le congrès en général.

©BIUM

été fournies, que l'intérêt servi par l'une et l'autre était fixé à 3 p. 100.

Je crois devoir vous prévenir aujourd'hui qu'aux termes d'un décret du 26 juillet 1889, postérieur par conséquent à ladite circulaire, la Caisse des dépôts et consignations a été autorisée à fixer, suivant le prix du loyer de l'argent, le taux d'intérêt par elle fourni, et que, d'après un avis que je viens de recevoir du directeur de cet établissement, les comptes de dépôts effectués dans sa caisse ne seront pas bonifiés, à partir du 1er janvier de l'année courante, que d'un intérêt de 2 p. 100.

En m'accusant réception de la présente circulaire, vous voudrez bien me faire connaître si cette circonstance vous aura amené à modifier les dispositions que vous aviez prescrites au sujet du placement des fonds appartenant aux aliénés.

Recevez, etc.

Pour le ministre de l'Intérieur.
Le Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques,
MONOD.

LA FOLIE CHEZ LES ABORIGÈNES D'AUSTRALIE.

M. le Dr D. H. Tuke donne, dans le dernier numéro (avril 1890) de *The Journal of mental science*, l'analyse d'un ouvrage récemment publié par M. le Dr Norton Manning, sur *la Folie chez les aborigènes d'Australie* (1). Nous empruntons à cette analyse les détails suivants :

Si l'on en croit les premiers colons d'Australie, la folie aurait été très rare chez les aborigènes de ce pays. Mais cependant, comme on mettait à mort les agités maniaques, qu'on abandonnait les mélancoliques au suicide, et qu'on laissait mourir les déments, et que ceux-là seuls survivaient qui étaient sains d'esprit, il est difficile d'affirmer nettement que ces aborigènes fussent moins exposés à la folie que les individus de races civilisées. Néanmoins on peut le regarder comme probable, en considérant que les soucis de l'existence étaient presque nuls pour eux, et qu'ils proscrivaient non seulement les mariages consanguins, mais aussi les mariages entre gens d'une même tribu. M. Phillip Clancy dit : « Je n'ai jamais observé la folie, non plus qu'aucune maladie héréditaire ou chronique chez les naturels, sinon chez ceux qui s'étaient contaminés au contact de la race blanche. » M. James Dawson dit de son côté : « La folie devient plus commune chez les aborigènes depuis qu'ils

(1) *Insanity in Australian aborigenes, with a brief analysis of thirty-two cases*, par le Dr F. NORTON MANNING, inspecteur-général des aliénés dans la Nouvelle-Galles du Sud.

©BIUM

font usage des alcools et aussi depuis qu'ils se mettent à ne plus tenir compte de leurs lois contre les mariages consanguins. » Et le Dr Manning ajoute : « Dans la Nouvelle-Galles du Sud, nous sommes sortis d'une période où la folie était presque inconnue chez les aborigènes, pour entrer dans une période nouvelle où il y a parmi eux presque deux fois plus d'aliénés que chez les Européens qui sont venus se fixer dans leur pays. » Le Dr Manning constate que parmi les aliénés admis dans les asiles du Queensland depuis 1868, et dans ceux de la Nouvelle-Galles du 1er août 1868 au 31 décembre 1887, un très grand nombre devaient leur folie à l'abus des boissons, quatre ou cinq seulement à l'emprisonnement auquel ils avaient été condamnés. Parmi ces aliénés de race noire le type prédominant est la manie, ordinairement aiguë, accompagnée en général de tendances au désordre et à la violence, et se transformant rapidement, avec une rapidité bien plus grande que chez les Européens, en une démence où prédominent les habitudes de malpropreté et d'avilissement. Le Dr Manning a rencontré trois cas d'épilepsie, où les accès étaient d'une extrême intensité. On n'a observé absolument aucun cas de paralysie générale, ni rien qui pût être assimilé à cette maladie; on n'a observé non plus ni délire partiel, ni folie des persécutions.

UNE PRÉTENDUE SÉQUESTRATION ARBITRAIRE EN SUISSE.

La France n'a pas le privilège des plaintes en séquestration arbitraire. De temps à autre les journaux étrangers nous apportent les doléances d'aliénés qui accusent les médecins de les avoir enfermés illégalement, et les polémiques qui s'y produisent ne le cèdent parfois pas en violence à celles dont certaines feuilles de notre pays se sont fait une spécialité.

Tout récemment, les journaux de Genève ont entretenu leurs lecteurs d'un de ces prétendus cas de séquestration arbitraire. Nous croyons devoir reproduire les documents relatifs à ce fait, qui nous sont parvenus ; il soulève, en effet, la question, déjà bien souvent débattue, du placement dans les établissements spéciaux des malades atteints de délire consécutif aux affections aiguës, ou de troubles intellectuels qui ont éclaté pendant la convalescence de ces mêmes affections.

Dans son numéro du 20 mars dernier, le *Genevois* publiait sous ce titre : « Une séquestration », l'article suivant :

« M. L. D., de Paris, demeurant à Genève, quai Pierre-Fatio, 4, nous adresse le récit suivant, dont nous lui laissons la responsabilité. Si les faits sont vrais, c'est une raison de plus de revoir notre législation sur l'internement pour cause d'aliénation mentale, et de multiplier les précautions contre

©BIUM

les erreurs et les abus possibles. On se souvient du cas de M. de Loë, qui se produisit sous la direction de M. Ador, intérimaire du département de justice et police.

« Quant aux faits allégués par M. L. D..., nous pensons qu'il faut que la lumière se fasse ; s'ils sont inexacts, il faut couper court à la légende, s'ils sont vrais, même partiellement, il faut que l'opinion en soit saisie, et que l'autorité agisse. Nous laissons la parole à M. D...

« A la suite de plusieurs jours d'influenza, M. D..., habitant Genève, eut le délire pendant deux ou trois nuits. Sa femme effrayée fit venir un docteur, lequel, embarrassé, appela un de ses collègues en consultation. En présence des deux docteurs, M. D... parla sensément, clairement, lentement, mais il avait de l'oppression. Après la consultation, les deux docteurs engagèrent Mme D... à faire enfermer M. D... dans une maison de fous ! — Ce n'était pas facile à réaliser; les docteurs proposèrent de faire empoigner M. D... par la force publique, Mme D... s'y refusa et préféra employer la ruse. Il fallait la signature d'un consul, l'un des médecins se chargea de la procurer. Enfin, sans prévenir le malade qui, dans l'intervalle, paya son loyer échu, écrivit à son frère à Paris sur des sujets divers, Mme D.., suivant les conseils des deux docteurs, retint une voiture, invita M. D... à y monter pour faire une promenade aux environs. M. D... fit arrêter chez Mme Garneret, à Versoix, pour prendre une collation et la société remonta en voiture. Bientôt, on arriva au but secret du voyage. Tout le monde descendit. Au grand étonnement de M. D..., sa femme s'éclipsa dans un salon tandis que deux messieurs l'entraînèrent dans une galerie vitrée en conversant ; les deux médecins furent bientôt rejoints par deux gaillards, qui poussèrent et traînèrent M. D..., dans une cellule. Cela avait pris quelque temps, car M. D.., avait protesté, à la vue des grilles, contre la violence qui lui était faite ; il parla de droit violé, de séquestration, rien n'y fit, les deux médecins assurèrent M. D... qu'ils avaient le droit d'agir ainsi. Que, du reste, si M. D... désirait faire faire quelques démarches, on les exécuterait toutes. Au mépris de ces promesses, M. D... fut retenu onze jours au secret; le docteur-directeur de la maison où on l'avait enfermé, interceptant ses lettres et refusant à sa femme l'accès auprès de son mari ; les faits eurent lieu du 31 janvier au 11 février.

« M. D... a écrit pendant son internement à la police genevoise, à M. Bellamy, capitaine d'artillerie ; à Mme Deytard, à Pully ; à M. le pasteur Tournier ; à M. Henry Liemne ; à MM. Chenevière ; au Directeur du Comptoir d'escompte ; à MM. Ferrier et Gentet ; à MM. Baup et Cie à Nyon ; à M. le préfet de Nyon; à Mme Boradori ; à Mlle et Mme Lainé. Toutes

©BIUM

ces lettres ont été interceptées par M. le docteur-directeur et remises à Mme D... qui les a gardées.

« M. D... a été gardé par la force malgré ses protestations journalières du 31 janvier au 11 février, sans ordre d'un conseil de famille, et n'a été relâché le 11 que parce que le 10 il a demandé à être conduit devant M. le préfet de Nyon et qu'il a fait constater le refus du docteur-directeur d'y consentir devant Mlle Auberson, demoiselle de compagnie à la Métairie.

« M. D... n'a reçu aucuns soins médicaux, il a vainement demandé un bain sulfureux, qui lui est ordonné tous les huit jours par le Dr Després, de Paris.

« Voilà le récit de M. D... Nous attendons un démenti ou des explications. »

Ce démenti et ces explications ont été donnés par les médecins mis en cause; nos honorables confrères, MM. les Drs Fetscherin, Ladame et Schwob ont écrit à la *Tribune de Genève*, qui a publié leurs lettres dans son numéro du 25 mars. Nous les reproduisons ci-après, avec les commentaires du journal : lettres et commentaires nous paraissent clore la discussion.

« Nous avons reçu à propos de l'affaire D... la lettre suivante du directeur de la Métairie (Nyon) :

En réponse à la lettre que M. L. D... vous écrit, et que vous avez publiée dans votre numéro du 21 courant, j'ai l'avantage de vous informer des faits suivants :

M. L. D... a été admis à la Métairie le 31 janvier, sur la déclaration de deux médecins de Genève et sur la demande de sa femme. Toutes les pièces étant en règle, je n'ai pu refuser l'admission. Ces pièces légalisées par les autorités compétentes ont été transmises à M. le préfet de Nyon le 1er février. M. D... ne fut pas traîné par deux gaillards dans une cellule, mais installé convenablement par le médecin, non dans une cellule, mais dans un petit salon sans grilles, seule chambre disponible ce soir-là. Après peu de jours, il a reçu la visite de sa femme, qui a eu tout le temps la correspondance libre avec son mari et à laquelle toutes ses lettres furent transmises.

Dès que l'état de M. D... qui, comme il vous l'écrit, avait traversé quelques nuits de délire, fut arrivé au point de ne plus donner de crainte de rechute, sa sortie, d'accord avec sa femme, fut fixée au 11 février. M. D... pouvait donc recourir à M. le préfet de Nyon le même jour.

M. D... prétend n'avoir reçu aucuns soins médicaux. Cependant, dans une aimable lettre du 14 février, qui est à votre disposition, il demande au soussigné les mêmes remèdes qu'il avait reçus à la Métairie, en signant : « Votre dévoué malade. »

Veuillez agréer, etc. Dr F. FETSCHERIN,
médecin-directeur de la Métairie.

©BIUM

Voici encore une autre lettre sur le même sujet adressée au *Genevois* :

Genève, 22 mars.

Monsieur le rédacteur,

Vous comprendrez sans doute la réserve qui nous est imposée dans les révélations auxquelles nous convie M. L. D... Nous nous bornerons à déclarer, non pas que nous l'avons fait interner comme atteint de folie, ce qui serait inexact, mais que son état mental exigeait les soins de personnes compétentes, et que nous ne nous sommes décidés à le faire entrer à la Métairie qu'après nous être convaincus de l'urgence de cette mesure.

Il y a eu du reste, non seulement à Genève, mais dans d'autres pays plusieurs cas analogues qui se sont déclarés *pendant la convalescence* de l'influenza et qu'il ne faudrait pas confondre avec le délire de la fièvre. Nous croyons que M. L. D... peut se féliciter d'avoir reçu à temps les soins que réclamait son état. Si l'on eut tergiversé, peut-être aurait-on dû prendre ensuite des mesures beaucoup plus graves. Nous regrettons qu'il ait conservé de l'amertume de son séjour à la Métairie. Est-il besoin d'ajouter que nous n'avons eu d'autre préoccupation que de placer notre malade dans des conditions favorables à son prompt rétablissement. Nous sommes heureux d'y avoir si pleinement réussi.

Veuillez agréer, etc.

Dr Ladame. Dr A. Schwob.

Enfin, M. D... nous prie de déclarer qu'il n'entend formuler aucune plainte contre sa femme, ni contre les docteurs scrupuleux, mais qu'il a voulu, en publiant ce qui lui est arrivé, mettre le public en garde contre la précipitation en matière médicale. Dans son cas, quatre docteurs ont fait enfermer comme atteint d'aliénation mentale un malade qui avait eu le délire à la suite de l'influenza.

LE MARTYROLOGE DE LA PSYCHIATRIE (*suite*).

Assassinat par un aliéné du surveillant en chef de l'asile de Dijon. — Sur un avis de la sous-préfecture de Semur, après l'accomplissement des formalités légales, l'internement d'un sieur Moreau avait été décidé et, le mercredi 2 avril 1890, M. Oudotte, surveillant en chef de l'asile de Dijon, accompagné d'un employé, était chargé de la mission délicate de chercher ce malade.

Moreau, en effet, est un persécuté chronique, qui avait fait déjà plusieurs séjours dans des établissements d'aliénés, notamment à la maison de Charenton et à l'asile de Dijon, d'où il s'était évadé. Après un séjour prolongé à l'étranger, il était revenu

©BIUM

en France et s'était installé à Semur, où il donna les preuves les plus manifestes de folie.

Les deux employés de l'asile se rendirent, accompagnés du commissaire de police, à l'hôtel où était descendu Moreau. Il le trouvèrent dans sa chambre; une lutte s'engagea; mais le malade, d'une force extraordinaire, se débattit avec fureur et, bientôt, il roula à terre, entraînant les deux gardiens. C'est à ce moment qu'il tira de sa poche un large couteau fraîchement aiguisé et, en moins de temps qu'il n'en faut pour le dire, il frappa le malheureux Oudotte de deux coups terribles, dont l'un trancha l'artère carotide, et l'autre pénétra profondément dans la poitrine. L'infortuné tomba foudroyé et expira quelques instants après. Grâce à l'énergie du commissaire de police et de l'autre gardien, grâce aussi aux secours qui arrivèrent en nombre, on put enfin se rendre maître du malade et lui mettre la camisole de force.

Oudotte avait soixante ans; il était entré à l'asile de Dijon en 1870, après avoir été employé pendant quelques années à la maison de santé d'Ivry, dirigée par M. Luys. C'était un excellent serviteur, et sa mort consterna tout le personnel de l'établissement.

Ses obsèques eurent lieu, aux frais de l'asile, le samedi 5 avril, en présence de toutes les autorités supérieures du département et d'une grande affluence. Deux discours ont été prononcés sur sa tombe. M. le préfet de la Côte-d'Or a tenu à prendre le premier la parole pour rendre un dernier hommage à cette victime du devoir; puis M. le Dr Samuel Garnier, directeur-médecin de l'asile, en quelques pages éloquentes, raconta le drame douloureux qui eut pour dénouement la mort tragique de son surveillant en chef, et retraça à grands traits la vie modeste, mais utile, de ce serviteur dévoué.

FAITS DIVERS

Revision de la loi sur les aliénés. — Le gouvernement a saisi le conseil supérieur de l'assistance publique du projet de loi sur les aliénés, voté par le Sénat sur le rapport de M. le Dr Th. Roussel. Un second rapport a été présenté à l'ancienne Chambre des députés; mais le projet de loi n'est pas venu en discussion, et comme le rapporteur, M. le Dr Bourneville, n'a pas été réélu député, il ne lui a pas été possible de faire revivre ce projet, en le présentant à titre de proposition émanant de l'initiative privée. Le gouvernement semble donc disposé à faire sien le projet voté par le Sénat, et c'est sans doute dans le but de le déposer plus tard sur le bureau de la Chambre des députés qu'il l'a transmis au Conseil supérieur de l'Assistance publique, pour qu'il y soit préalablement examiné.

(*La Semaine médicale*, numéro du 12 mars 1890).

©BIUM

Interdiction de l'hypnotisme dans la marine. — M. Barbey, ministre de la marine, a adressé la circulaire suivante aux vice-amiraux, commandants en chef :

Messieurs, M. le président du conseil supérieur de santé de la marine a appelé mon attention sur ce fait que, dans certains hôpitaux maritimes, des recherches, ayant pour objet l'étude de l'hypnotisme, étaient parfois pratiquées, et que ces expériences, pour lesquelles on allègue la nécessité de suivre les progrès de la science, avaient plus ou moins détourné l'enseignement et la pratique du service médical de la clinique vraiment rationnelle.

D'un autre côté, l'hypnotisme pouvant, même de l'aveu de ceux qui le préconisent, faire courir des dangers aux malades qui y sont soumis, j'ai accueilli les observations de M. le Dr Bérenger-Féraud.

En conséquence, j'ai l'honneur de vous informer que j'interdis d'une manière absolue la pratique de l'hypnotisme dans la marine. Vous voudrez bien prescrire aux officiers du corps de santé, placés sous vos ordres, de n'y avoir recours pour quelque motif que ce soit. Recevez, etc. E. Barbey.

Cas de suicide collectif. — On lit dans le *Temps* (numéro du mardi 29 avril 1890). « Nous avons signalé, il y a trois jours, la nouvelle d'un journal autrichien annonçant qu'à Moscou cinq sœurs se sont suicidées, ayant appris qu'elles allaient être poursuivies pour menées nihilistes.

Les journaux russes nous apportent sur ce suicide les détails suivants, dans lesquels il n'est nullement question d'affiliation nihiliste des suicidées :

« Les cinq sœurs Dobroverof, toutes cinq demoiselles, âgées de dix-huit à trente-deux ans, habitaient une petite maison de Moscou avec leur vieille mère, veuve d'un ancien fonctionnaire de l'Etat. Elles menaient une existence très retirée, ne recevaient personne, sortaient très peu et, aimant beaucoup les animaux domestiques, elles recueillaient et soignaient chez elles tous les chiens et chats errants.

Leurs ressources étaient bien précaires et l'on voyait souvent l'une des sœurs faire des visites au Mont-de-Piété et chez les usuriers.

La mère Dobroverof vint à mourir. Frappées par cette perte, les cinq sœurs, ainsi qu'elles l'ont consigné dans une lettre portant leurs cinq signatures, décidèrent de ne pas survivre à leur mère et, sans déclarer le décès de celle-ci à la police, elles s'asphyxièrent au moyen du charbon.

Quand la police pénétra dans la maison, elle trouva dans la première pièce trois chiens et dix-huit chats empoisonnés avec

©BIUM

de la strychnine et, dans le salon, le cadavre de la mère sur son lit et les corps inanimés des cinq sœurs étendus sur le plancher. »

Le goître chez les Indiens. — On lit dans le *Bulletin médical* (numéro du mercredi 26 mars 1890) : « D'Orbigny avait écrit que le goître était extrêmement rare chez les Indiens. A propos de cette assertion, le Dr Holder, de Memphis, qui a vécu plusieurs années dans l'Etat de Montana et sur les rives de la Yellowstone, fait remarquer que le goître est assez fréquent chez les indigènes qui habitent cette partie des Montagnes-Rocheuses. Sur une population de 2,500 âmes, il a observé trente cas de goître ; il en a constaté six dans une même famille. Il ajoute que jamais il n'a vu la tumeur prendre un développement considérable ni devenir dangereuse par elle-même.

Le goître à l'état endémique paraît, du reste, assez nettement limité à ce district montagneux ; dans les régions voisines, il semble être beaucoup plus rare.

Quant à la cause de l'affection, elle est aussi obscure que dans les autres régions où le goître est endémique. M. Holder ajoute qu'il n'a jamais observé, dans cette contrée, de goître congénital ; le goîtreux le plus jeune qu'il ait rencontré était une jeune fille de douze ans.

ENSEIGNEMENT.

Faculté de médecine de Paris. — *Clinique des maladies mentales* (asile Sainte-Anne). — M. le professeur B. Ball a repris son cours de clinique des maladies mentales, le dimanche 20 avril 1890, à dix heures du matin, et le continuera les jeudis et dimanches suivants à la même heure. La première leçon a été consacrée à la *folie du doute.*

Hopital de la Charité. — M. le Dr J. Luys reprendra le jeudi 1er mai, à dix heures du matin (amphithéâtre du premier étage), ses conférences sur les maladies de l'encéphale et les applications des nouvelles méthodes, dérivées de l'hypnotisme, à la thérapeutique des maladies mentales. — Les élèves en médecine, ainsi que les docteurs munis d'une carte d'entrée, sont seuls admis à suivre ces conférences. — On s'inscrit chez le concierge de l'hôpital.

Ecole pratique des Hautes-Etudes. — M. Jules Soury, maître de conférences près la section des sciences historiques et philologiques, traitera à partir du 14 avril, le lundi à quatre heures et demie, de l'*audition colorée* et des autres *synesthésies* ; le vendredi, à la même heure, il étudiera les plus récents travaux allemands sur la *psychologie des Protistes.*

Pour les articles non signés : Ant. Ritti.

©BIUM

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME XI[e] DE LA SEPTIÈME SÉRIE.

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. — Chronique.

Pages.

Une mercuriale sur la législation des aliénés au Congrès de médecine mentale. — L'ivresse émotionnelle. — Anatomie pathologique de l'épilepsie dite essentielle. — Le sens musical des idiots. — L'électrothérapie dans les maladies mentales. — *Histoire de la philosophie pendant la Révolution* (1789-1804), par M. M. Ferraz. — *Les aliénés en* 1789 *et* 1889, par M. E. Régis. — *Croquis et nouvelles*, par le Dr Chatelain ; — par le Dr Ant. Ritti 5

Les persécutés en liberté. — De la mélancolie et de ses diverses variétés. — De la sécrétion gastrique chez les aliénés mélancoliques. — La médecine nutritive en psychiatrie. — Distribution et isolement des aliénés. — *Etude médico-psychologique sur Shakespeare et ses œuvres, sur Hamlet en particulier*, par le Dr Biaute; par le Dr Ant. Ritti 177

Lettre d'Amérique: Décès du Dr C.-H. Nichols. — Le système des quartiers isolés, dans la construction des asiles. — Utilité de placer les salles à manger au centre des établissements. — Centralisation de l'assistance des aliénés. — Suppression du mot *aliénés* dans la désignation des asiles. — Congrès annuel des aliénistes américains ; — par le Dr C.-B. Burr. 194

Deux discussions à l'Académie de médecine de Belgique: les dangers des séances publiques d'hypnotisme et la création d'un asile pour les aliénés dits *criminels*. — L'enseignement de la médecine mentale dans les Facultés de droit. — Les écrits des aliénés et des épileptiques. — *A travers asiles. Notes et souvenirs d'un étudiant psychiatre;* par M. le Dr Ad. Buffet. — *Les névroses et le pessimisme;* par M. le Dr Albert Deschamps ; — par le Dr Ant. Ritti 353

II. — Pathologie.

Les épileptiques arithmomanes; par le Dr A. Cullerre. 25

Un cas d'obsession psycho-génitale tiré des *Essais* de Montaigne; par le Dr E. Régis 37

Des persécutés génitaux à idées de grandeur ; par le Dr Marandon de Montyel. 198

Contribution à l'étude du spasme laryngé hystérique ; par le Dr Bessière 218

Des persécutés génitaux à idées de grandeur ; par le Dr Doutrebente 370

©BIUM

Pages.
Un cas d'obsessions émotives et instinctives avec conscience; par le Dr F. Adam 380
Quelques mots à propos d'un cas d'asphyxie brusque par bol alimentaire chez un dément; par le Dr J. Ramadier 389

III. — Archives cliniques.

30. — Gomme du cerveau simulant le syndrome de la paralysie générale; par Targoula 232
31. — Folie de la puberté; par Chastenet 230
32. — Délire du toucher; par Chastenet. 393
33. — Pneumonie massive latente chez un aliéné de vingt et un ans. Mort subite; par Targoula 398

IV. — Statistique.

Étude statistique sur le suicide en France de 1827 à 1880 (*suite et fin*); par le Dr J. Socquet. . . . . 41 et 239

V. — Médecine légale.

Considérations médico-légales sur le somnambulisme artificiel à propos du procès criminel d'un hystérique hypnotisable; par le Dr Samuel Garnier. 57
Revue de médecine légale : Aliénés ayant subi des condamnations parce que leur état mental a été méconnu; par le Dr A. Giraud. 402

VI. — Établissements d'aliénés.

Essai critique sur l'organisation médico-administrative du service des aliénés; par le Dr E. Chambard. 67
De l'emploi des moyens de contrainte dans le traitement des aliénés. Etat de la question en Angleterre; par le Dr V. Parant. 256
Des dispositions de l'article V du projet de loi sénatorial sur les aliénés. Considérations sur l'organisation médico-administrative des asiles, en réponse à l'essai critique de M. le Dr Chambard; par le Dr Samuel Garnier. 425

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. — Société médico-psychologique.

Séance du 28 *octobre* 1889. — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Blaise, Korsakoff, Gouzer, Clark Bell, Giacchi, Falret, Pichon. — Mort de MM. Rota et Leidesdorf. — Mort de M. Colard : MM. Falret, Ritti. 83
Séance du 11 *novembre* 1889. — Mort de MM. Laffitte et Rousseau. — Correspondance : MM. Ritti, Th. Roussel, Lionet, Marcel Briand. — Election de membres associés étrangers. — Nomination de la commission sur les rapports de la syphilis et la paralysie géné-

©BIUM

Pages.

rale. — Nomination de la commission chargée de présenter la liste des candidats à la place de membre titulaire. — Rapport de M. Marandon de Montyel sur la candidature de M. Hadjès : élection. — De la mélancolie et de ses diverses variétés : MM. Falret, Briand, Rouillard 84

Séance du 25 novembre 1889. — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Arnaud, Marandon de Montyel, Huet, Régis, Bianchi, Rouillard. — Compte rendu du congrès international de médecine mentale : M. Ritti. — Rapport de M. Ritti sur la candidature de M. Th. Roussel : élection. — Rapport de M. Dupain sur la candidature de M. Lionet : élection. — Rapport de M. Ritti sur la candidature de M. Salgò : élection. — Quelques réflexions sur la mélancolie avec conscience : M. Rouillard. — Des injections sous-cutanées d'ergotinine dans le traitement des attaques épileptiformes et apoplectiformes de la paralysie générale et des affections organiques du cerveau : MM. Christian, Ball, Paul Garnier, Charpentier 92

Séance du 30 décembre 1889. — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Christian, Ritti, Falret, Meuriot, Brusque. — Election du bureau de 1890. — Troubles nerveux observés dans l'épidémie de grippe : MM. Aug. Voisin, Briand, Legrain, Ballet. . 272

Séance du 27 janvier 1890. — Installation du bureau : MM. Falret, Bouchereau. — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Ball, Th. Roussel, Clarck Bell, Bourque, Dektereff, Duquet, Hadjès, Korsakoff, Lachr, Salgò, Souza-Leite, Sweens, Vallée, Julio de Mattos, Baume, Morel (de Gand), Biaute. — Mémoires envoyés pour les prix à décerner en 1890. — Nomination des commissions de prix. — De la mélancolie et de ses diverses variétés (*suite*) : M. Marandon de Montyel. — Variétés de la paralysie générale : M. Rist 273

Séance du 24 février 1890. — Installation du bureau (*suite*) : M. Ball. — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Th. Roussel, Rist, Thivet. — Rapport de la commission des finances : M. Guignard. — Rapport de M. Saury sur la candidature de M. Julio de Mattos : élection. — De la mélancolie et de ses diverses variétés (*suite*) : MM. Legrain, Charpentier. 444

Séance du 31 mars 1890. — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Joffroy, Laufenauer, J. de Mattos, J.-Y. Cardenas, Ball, Christian, Legrain. — Rapport sur les candidatures à une place de membre titulaire : MM. Ritti, Briand, Legrain, Falret, Goujon, Paul Garnier, Ball, Motet; élection de M. Arnaud. — Rapport de M. Rouillard sur la candidature de M. Thivet : élection. — Des rapports de la folie et du goître exophthalmique : M. Joffroy. — Observation de paralysie générale à forme anormale, avec autopsie : MM. Rouillard et Klippel, Chaslin, Legrain, Christian, Paul Garnier. 462

II. — Revue des journaux de médecine.

SOCIÉTÉS SAVANTES (1889).

Note sur quelques essais de suspension dans la paralysie générale et la mélancolie. 304

©BIUM

JOURNAUX AMÉRICAINS (1884-1888)

(Anal. par les Drs Albert Carrier et V. Parant.)

Pages.

Rapports du système nerveux avec la température du corps. . . . 128
Assoupissement et somnolence morbides. 128
Folie simulée 129
Troubles nerveux consécutifs aux affections articulaires 130
Automatisme alcoolique. 131
Modifications de structure des extrémités des nerfs tibiaux d'une jambe amputée. 131
Action des muscles et des nerfs 133
Phénomène du genou dans l'ataxie locomotrice. 133
Région sensorielle du système nerveux central 133
Base anatomique et physiologique des névroses motrices de l'enfance et de la jeunesse 135
De l'hystérie au point de vue de l'ovariotomie. 136
Folie morale. 136
Perte subite de la vue à la suite de l'anesthésie du trijumeau. . 137
Production artificielle d'accès convulsifs 138
Cas de Taylor, convaincu de meurtre. 138
Tumeur du cervelet avec hémianopsie monoculaire. 139
Cas de paraplégie douloureuse. 140
Accusations hystériques. 141
Emploi du galvanomètre absolu 141
De l'épilepsie 141
Méthodes de coloration du tissu nerveux. 142
Massage dans les maladies nerveuses. 142
Race et folie. 144
Anatomie pathologique de l'ataxie locomotrice aiguë. 144
Aphasie sensorielle. 145
Lésions destructives des pédoncules cérébraux, de la couche optique et de la région sous-thalamique de l'hémisphère gauche, et du corps strié de l'hémisphère droit, sans trouble de la sensibilité et de la motilité. 146
Certains états de délire dans l'ivresse. 487
Emploi de la cocaïne dans le morphinisme. 487
Rapport des fonctions digestives avec le cerveau 487
Affaire Armstrong. 487
Démence paralytique. 488
Mélancolie avec stupeur d'une durée de cinq ans. 488
Traitement de la mélancolie. . . . . 488 et 491
Rapports de la phtisie et de la folie. 489
Traitement moral des aliénés. 489
Responsabilité criminelle. 490
Progrès de la classification des maladies mentales 490
Organisation du traitement des aliénés. 490
Phénomènes héréditaires et psychiques dus à l'ivresse 490
Enseignement scolaire chez les aliénés. 490
Avantages et inconvénients des femmes-médecins dans les asiles d'aliénés 491
Dipsomanie. 491
Complot d'aliénés. 491
Traitement des aliénés par le bain turc. 492
Le génie n'est pas une névrose 492
Communication des idées délirantes des aliénés les uns aux autres. 492
De la folie ou trouble mental. 492

©BIUM

Pages.
Maladies utérines considérées comme cause de folie 493
Médecine légale et maladies mentales et nerveuses 493
Nature de la folie 493
Folie syphilitique. 494
Asiles d'aliénés jugés par un aliéné guéri 494
Idiots savants. 494
Cas extraordinaire d'homicide. 494
La captation au point de vue médico-légal 495
Le travail dans le traitement de la folie 495
Observation de cocaïnophobie et de cocaïnomanie. 495
Eléments nerveux et psycho-nerveux dans les maladies des femmes. 495
Responsabilité morale et criminelle. 495
Folie traumatique. 496
Cas de paralysie générale à marche rapide. 496

JOURNAUX RUSSES (1889).

(Anal. par S. Lwoff.)

Localisation de la lésion de la chorée 497
Méthode de Golgi appliquée à l'étude de l'anatomie pathologique de la paralysie générale 498
Chorée chronique héréditaire. 499

JOURNAUX ALLEMANDS (1886-1888).

(Anal. par le Dr Al. Adam).

Étiologie du tic convulsif. 309
Paralysie par compression du bras gauche. 309
Etude des localisations cérébrales par l'examen des dégénérescences expérimentales 310
Rapports entre le tabes, la paralysie générale et la syphilis. . . 311
Localisation du réflexe rotulien 312
Trouble précoce de la sensibilité dans la démence paralytique. . 313
Lieu d'origine des fibres de la commissure antérieure dans l'écorce cérébrale chez l'homme. 314
Paralysie générale compliquée de sclérose latérale amyotrophique. 315
Mouvements anormaux du pied et des orteils dans certaines affections nerveuses 316
Idiotie par suite d'application du forceps. 317
Cas de folie circulaire avec lésion anatomo-pathologique 318
Rapports entre la paralysie générale et la syphilis. 318
L'antipyrine comme médicament anti-épileptique. 319
Guérison d'un cas de démence aiguë. 320
Surdi-mutité chez un hystéro-épileptique. 321
Signification de la mimique pour le diagnostic de la folie. 322
Hypnotisme comme agent thérapeutique 324
Origine du noyau de la branche terminale supérieure du nerf facial. 325

JOURNAUX ESPAGNOLS (1889).

(Anal. par le Dr Ph. Rey.)

Hémianesthésie par lésion cérébrale. 326

©BIUM

III. — Bibliographie.

Pages.

Études cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, par le Dr J. Falret. (Anal. par le Dr L.-F. Arnaud.) 114

Dégénérescence et criminalité. Essai physiologique, par le Dr Ch. Féré. (Anal. par le Dr Camuset). 150

La folie chez les enfants, par le Dr Paul Moreau (de Tours). (Anal. par le Dr L. Camuset.) 154

Maladies du cœur et des vaisseaux. Artério-sclérose, aortites, cardiopathies artérielles, angines de poitrine, etc. Leçons de thérapeutique et de clinique médicales; par le Dr H. Huchard. (Anal. par le Dr Ant. Ritti.) 328

Traité pratique des maladies mentales; par le Dr A. Cullerre. (Anal. par le Dr Mabille) 330

La descendance des alcooliques; par le Dr F. Combemale. (Anal. par le Dr Legrain.) 331

Contribution au diagnostic et au traitement chirurgical des tumeurs du cerveau; par R. F. Weir et E. C. Séguin. — Des lésions trophiques dans leurs rapports avec les maladies du système nerveux; par E. C. Seguin. (Anal. par le Dr A. Cullerre.) 333

Des affections nerveuses consécutives aux accidents; commotion de la moelle, troubles spinaux et cérébraux consécutifs aux accidents de chemin de fer; par le Dr Philip Combes Knapp. — De quelques troubles moteurs posthémiplégiques, chez les enfants; par le même. (Anal. par le Dr A. Cullerre.) 335

Leçons sur les fonctions motrices du cerveau (réactions volontaires et organiques) et sur l'épilepsie corticale; par le Dr François-Frank. (Anal. par le Dr Ant. Ritti.) 501

La peur. Etude psycho-physiologique; par le professeur A. Mosso (Anal. par le Dr Ant. Ritti.) 503

Nature et traitement de la chorée; par le Dr Théophile Saric. (Anal. par A. R.) 504

Hypnotisme expérimental. Les émotions dans l'état d'hypnotisme et l'action à distance des substances médicamenteuses ou toxiques; par le Dr J. Luys. (Anal. par A. R.) 505

Bulletin bibliographique. . . . . 157, 337 et 505

IV. — Variétés.

Nominations et promotions : MM. Meuriot, Christian, Ritti, Langlois, Rouillard, Bresson, Combemale, Lapointe, Frièse, Josserand, Chambard, Fabre, Bessière, Adam et Mme Reddon de la Grandière. — Nécrologie : Rousseau, Max-Simon, Binet. — Prix de l'Académie de médecine. — Prix de l'Académie des sciences. — Les aliénés en Serbie. — Un aliéné en liberté. — Faits divers. — Enseignement : MM. Ball, Rouillard, Ballet, Magnan, Th. Ribot, J. Soury. 158

Nominations et promotions : MM. Klippel, Pons, Mabille, Pierret, Frièse, Doursout, Schils, Rousset, Aubry, Sérieux. — Nécrologie : Westphal, Laffitte, Danis, Brusque. — Congrès annuel des médecins aliénistes français. — Congrès international de Berlin. — Prix de l'Académie de médecine de Belgique. — Utilisation de la fibre de coco décellulosée pour la literie des malades. — Les procédés de transfert des aliénés. — Faits divers. — Prix des sociétés savantes. 341

©BIUM

Pages.

Nominations et promotions : MM. Journiac, Samuel Garnier, Dubuisson, Nicoulau, Malfilâtre. — Séance solennelle de la Société médico-psychologique. — Prix de l'Académie de médecine. — Prix de la Faculté de médecine de Paris. — Congrès médical international de Berlin. — Circulaire ministérielle sur le placement des fonds appartenant aux aliénés séquestrés : réduction de 2 p. 100 de taux d'intérêt servi par la Caisse des dépôts et consignations. — La folie chez les aborigènes d'Australie. — Une prétendue séquestration arbitraire en Suisse. — Le martyrologe de la psychiatrie (*suite*). — Faits divers. — Enseignement : MM. Ball, Luys, J. Soury 510

Table des matières du onzième volume de la VII^e^ série. 522

Paris. — Typographie Gaston Née, rue Cassette, 1. — 2349.